

DU
TRAITEMENT DU CANCER
DE LA LANGUE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT

Le JEUDI 7 AOÛT 1884, à 4 HEURES DU SOIR

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Edmond LOISON

NÉ A LUPPY (MOSELLE), LE 15 DÉCEMBRE 1860

Aide d'Anatomie à la Faculté de Médecine; Lauréat de la Faculté (Prix 1881. et 1882;

Mention honorable 1883; Elève du service de santé militaire

NANCY

IMPRIMERIE LORRAINE, 5, RUE DU CROSNE, 5

—
1884.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41547426_0023

DU
TRAITEMENT DU CANCER
DE LA LANGUE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT

Le JEUDI 7 AOÛT 1884, à 4 HEURES DU SOIR

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Edmond LOISON

NÉ A LUPPY (MOSELLE), LE 15 DÉCEMBRE 1860

Aide d'Anatomie à la Faculté de Médecine; Lauréat de la Faculté (Prix 1881. et 1882;

Mention honorable 1883); Élève du service de santé militaire

NANCY

IMPRIMERIE LORRAINE, 5, RUE DU CROSNE, 5

—
1884

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

Doyen : M. TOURDES O ✱.

Doyen honoraire : M. STOLTZ C ✱.

Professeurs honoraires : MM. CAILLIOT ✱, STOLTZ C ✱, BACH ✱.

Médecine légale.....	M. TOURDES O ✱, professeur	
Thérapeutique.....	M. COZE ✱, professeur.	
Clinique interne.....	M. V. PARISOT ✱, profess.	
Clinique obstétricale et accouche- ments.....	M. HERRGOTT ✱, profess.	MM. { ROUSSEL ✱, prof. adj. E. PARISOT, id.
Pathologie générale et Patho- logie interne.....	M. HECHT, professeur.	M. DEMANGE ✱, prof. adj.
Physiologie.....	M. BEAUNIS ✱, professeur.	
Anatomie et Physiologie patho- logiques.....	M. FELTZ ✱, professeur.	
Clinique interne.....	M. BERNHEIM, professeur.	
Clinique externe.....	M. GROSS, professeur.	
Physique.....	M. CHARPENTIER, profess.	
Anatomie descriptive.....	M. LALLEMENT, professeur.	
Hygiène.....	M. POINCARÉ ✱, professeur.	
Médecine opératoire.....	M. CHRÉTIEN, professeur.	
Pathologie externe.....	M. HEYDENREICH, professeur.	M. BÉCHET, prof. adjoint.
Clinique externe.....	M. WEISS, agrégé, chargé du cours.	
Botanique et Histoire naturelle médicale.....	M. MACÉ, id.	id.
Histologie.....	M. BARABAN, id.	id.
Chimie médicale et Toxicologie..	M. GARNIER, id.	id.

AGRÉGÉS EN EXERCICE.

MM. SPILLMANN.
E. DEMANGE.
A. HERRGOTT.

MM. GARNIER.
WEISS.
SCHMITT.
ROHMER.

MM. BARABAN.
BAGNERIS.
MACÉ.

M. BONNET, Secrétaire.

Examineurs de la Thèse :

M. GROSS, président ; MM. LALLEMENT, ROHMER, et BARABAN

La Faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend ni les approuver ni les imputer.

A MON PÈRE

A MA MÈRE

Affection et reconnaissance

A MA FAMILLE

A MES AMIS

A M. LE PROFESSEUR LALLEMENT

A mon Président de Thèse

M. LE PROFESSEUR GROSS

A M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ TH. WEISS

A MES MAITRES

de la Faculté de Nancy

INTRODUCTION

Il existe un profond désaccord entre les auteurs, au sujet de l'intervention chirurgicale, dans le traitement du cancer de la langue. La longue discussion qui eut lieu à la Société de chirurgie de Paris, en 1880, nous le montre d'une façon péremptoire. — Essayer de mettre un terme à ce désaccord, faire entrevoir de quel côté se trouve la vérité, voilà le but que notre travail aurait dû chercher à atteindre. — Mais, hélas ! ce but était trop noble, trop au-dessus de nos forces, exigeait beaucoup plus de travail et de recherches que celles que nous avions le temps de faire, et surtout une expérience plus grande. Nous espérons cependant que ce travail, quelque incomplet qu'il soit, pourra être de quelque utilité.

Puisse-t-il être accueilli avec indulgence !

Empressons-nous, ici, de témoigner notre reconnaissance à tous nos maîtres de la Faculté de Nancy ; remercions profondément M. le professeur Gross de la bienveillance avec laquelle il a mis à notre disposition ses conseils et sa bibliothèque.

N'oublions pas non plus d'adresser nos meilleurs remerciements à nos amis Graux, Lenez, Hagen, Perchet, Steinmetz, qui ont bien voulu nous prêter le secours de leur connaissance des langues allemande et anglaise.

PLAN ET DIVISION

Notre plan sera le suivant :

Nous commencerons par faire un court historique de la question ; puis nous aborderons la partie thérapeutique.

Après avoir dit quelques mots du traitement médical, nous passerons au traitement chirurgical actif ; et nous décrirons les différentes méthodes et les différents procédés opératoires employés.

Nous passerons alors à l'étude des risques de l'opération, de ses résultats immédiats, et de ses résultats éloignés.

Après cela, viendra l'analyse de nos observations dont nous résumerons les traits essentiels sous forme de tableau.

Il s'agira, ensuite, de dire quelques mots du traitement chirurgical palliatif, d'apprécier rapidement les procédés opératoires en usage ; puis il ne nous restera plus qu'à parler des indications opératoires.

Nous placerons, à la fin de notre travail, toutes les observations que nous avons recueillies et que nous avons résumées ; nous les classerons d'après les procédés opératoires employés, en suivant le même ordre que dans les descriptions de ces derniers.

HISTORIQUE

Les anciens médecins, qui attachaient une si grande importance à l'examen de la langue, connaissaient déjà le cancer de cette organe, ainsi qu'on peut s'en rendre compte en lisant les ouvrages d'Hippocrate, Celse, Galien, etc.... Mais, dans ces temps reculés, on se bornait à faire un traitement plus ou moins médical de cette affection. Galien avait pour pratique de n'ordonner, dans le cancer de la langue, que l'usage habituel du jus frais de laitue que le malade devait garder dans la bouche. On n'osait porter l'instrument tranchant sur la langue, par crainte de l'hémorrhagie, et par crainte d'enlever une partie d'un organe que l'on considérait comme indispensable à la vie.

D'après Woelfler, l'impernelle, qui mourut en 1658, serait le premier qui aurait fait une amputation de la langue, et Petrus de Marchetti, chirurgien de Padoue, le premier qui aurait extirpé un cancer de la langue en 1664 ; il se servit du fer rouge comme agent de diérèse. Ruysch, dès 1737, proposait d'opérer le cancer de la langue, et s'occupait déjà des moyens de prévenir la récurrence. Une vieille femme avait à la langue une dureté avec ulcération ; on la lui avait coupée plusieurs fois, et elle se reproduisait toujours. Ruysch conseilla de nouveau l'opération, qui fut faite avec le bistouri par Pierre le Mennonite ; mais après l'ablation, on appliqua un cautère actuel d'une assez grande étendue, pour brûler les racines de cette fongosité.

En Allemagne, Laurentius Heister fit, en 1734, la première description méthodique du traitement médical et chirurgical du cancer de la langue ; et Buxdorf fit la première extirpation du cancer de la langue, dont le diagnostic fut certain.

En 1756, Guthrie, en Angleterre, enleva chez un homme de 70 ans, un cancer occupant la pointe et une partie de la moitié gauche de la langue ; il lia 4 artères et arrêta l'hémorrhagie capillaire en cautérisant la plaie avec le fer rouge.

Mais ce ne fut qu'après la publication du mémoire de Louis, que le traitement chirurgical du cancer de la langue commença à prendre son essor. Louis, en 1773, cherche à établir que la perte complète de la langue n'entraîne pas l'abolition de la faculté de parler, et que l'amputation totale de la langue est une opération praticable. « Déjà, dans les temps reculés, nous dit-il, on a remarqué que les malheureux auxquels on enlevait la langue en totalité, ou en partie, soit par punition, soit par vengeance, ont recouvré la parole ; mais ces faits n'ont pas été crus, ou ont été considérés comme des miracles ». En somme, Louis, par une série d'exemples, cherche à montrer que les inconvénients, résultant de perte de substance étendue de la langue, sont légers, et qu'avant l'opération on ne doit avoir aucune crainte de ce côté.

Hunczowski, de Vienne, en 1785, décrit de la façon suivante le manuel opératoire de l'extirpation de la langue, avec le couteau : « On fait asseoir le patient sur une chaise, on lui ouvre la bouche, et, quand c'est possible, on saisit la langue avec une compresse tenue entre le pouce et l'index de la main gauche ; on sépare la langue du plancher de la bouche, on la tire dehors, et par des incisions lentes et répétées, on cherche alors à la détacher aussi près que possible de son origine. » Quant au danger d'hémorrhagie, et à la manière d'arrêter cette hémorrhagie, il n'en dit mot.

En 1793, Benjamin Bell dénote déjà, par la façon dont il s'exprime, qu'il a une grande expérience de ces sortes d'opérations. Il recommande l'extirpation de la langue par la bouche, et la ligature de l'artère, et il ajoute : « L'extirpation d'une grande partie de la langue, est une opération vraiment effrayante. » La dissertation de Richter (1799, montre où en était la question en Allemagne, à la fin du 18^e siècle. Il se sert d'une pince, analogue à celle de Museux, pour tirer la langue; il fait la section avec les ciseaux et cautérise la plaie au fer rouge, pour arrêter l'hémorrhagie; il recommande d'approprier soigneusement la bouche, les jours qui suivent l'opération. D'après lui, quand il y a des ganglions, on ne doit pas opérer.

Dans toutes les opérations faites jusqu'à cette époque, on s'est borné à enlever les cancers limités à la partie antérieure de la langue; c'est pour un cas de ce genre, que C. J. M. Langenbeck fit, en 1819, la section cunéiforme et la suture immédiate des parties.

Jusqu'ici, nous voyons que l'hémorrhagie a été la principale crainte de l'opérateur; on n'ose pas sectionner la base de la langue, parce que l'hémorrhagie n'aurait pu être arrêtée par une cautérisation au fer rouge. Aussi, commence-t-on à rechercher d'autres moyens hémostatiques. En 1803, Inglis fait, avec un succès complet, la ligature de la langue par la bouche; il avait d'ailleurs été précédé par Maingault. Gensoul, Mayor et d'autres, perfectionnent le procédé par l'emploi du serre-nœud et des fils métalliques. Dès lors, l'élan est donné; les chirurgiens vont maintenant s'occuper de perfectionner de jour en jour les procédés d'hémostase, en même temps que par des opérations préliminaires, ils vont chercher à se frayer des chemins plus directs, et se créer un champ opéra-

toire plus large, pour aller attaquer les tumeurs de la base de la langue.

Je crois devoir terminer ici ce court historique, pour ne pas être exposé à me répéter par la suite ; car, dès maintenant, nous trouvons les méthodes employées de nos jours, après avoir subi plus ou moins de modifications ; et nous les retrouverons dans notre chapitre du manuel opératoire. Je me contenterai donc, pour donner un aperçu général des progrès faits dans ce siècle, de transcrire le tableau suivant, emprunté à Wœlfler, en le modifiant un peu.

Cloquet, 1827. Fait passer l'aiguille à ligature par la région sus-hyoïdienne.

Jæger, 1831.....	} section de la joue.
Maisonnette, 1858.	

Mirault, 1833. Ligature préventive de l'artère linguale.

Roux, 1836.....	} section du maxillaire inférieur, avec diverses modifications.
Sédillot, 1844.....	
Syme, 1857.....	
Billroth, 1864.....	
V. Langenbeck, 1875	

Regnoli, 1838.....	} extirpation par la région sus-hyoï- dienne, avec diverses modifica- tions.
Michel, 1856.....	
Czerni, 1870.....	
Billroth, 1871-76..	

Chassaignac, 1854. Ecrasement linéaire.

Trousseau, 1855. Ligature élastique.

Middeldorpf, 1854. Galvanocaustique.

Girouard, 1857. Cautérisation en flèches.

Billroth, 1862. Résection temporaire du maxillaire inférieur.

Kocher, 1880. Extirpation de la langue par sa base.

Billroth, 1882. Extirpation par les voies naturelles après ligature préventive des artères linguales.

THÉRAPEUTIQUE

Nous ne nous occuperons pas du traitement préventif, qui est une question du domaine de l'hygiène.

Nous dirons un mot du traitement médical; puis, nous envisagerons spécialement le traitement chirurgical curatif, et nous terminerons par quelques lignes sur le traitement chirurgical palliatif.

Traitement médical.

Les agents médicaux employés contre le cancer, sont innombrables, ce qui veut dire immédiatement, qu'ils ne sont d'aucune efficacité. Dans ces dernières années, on a fait quelque bruit à propos du chlorate de potasse; on croyait avoir trouvé un spécifique aussi certain contre le cancer, que l'est le mercure contre la syphilis. Les faits cités par Leblanc fils et Bergeron, semblaient prouver en faveur de ce nouveau médicament, après l'emploi prolongé du chlorate de potasse, à l'intérieur et à l'extérieur, en applications topiques, ils avaient obtenu quelques succès. Mais, de l'avis de Bergeron lui-même, les insuccès sont très-nombreux, et Heurteaux dit avoir employé ce médicament chez huit ou dix malades, sans en avoir obtenu le moindre avantage.

La chlorate de potasse, comme l'a dit Verneuil, guérit quelquefois les ulcérations des adénomes sudoripares; mais, hormis ces cas, on ne doit avoir aucune confiance en lui.

On doit donc rejeter ce médicament, ainsi que tous les autres du même genre, qui ont été tour à tour préconisés; et c'est avec raison, qu'à la Société de chirurgie, en 1880, Verneuil s'est exprimé en ces termes, contre le traitement pharmaceutique du cancer de la langue : « C'est une grosse erreur de dire que si le traitement médical est inefficace, il est au moins innocent. Les essais de traitement médical ont quelquefois singulièrement aggravé la marche du mal; de plus, en ajournant l'opération, ils ont fait perdre un temps précieux.

» L'iodure de potassium détermine souvent une stomatite qui est très-pénible et qui ne guérit plus; le mercure donne un coup de fouet à l'épithélioma et aux engorgements ganglionnaires. . . . Il en est de même du chlorate de potasse, et surtout des cautérisations superficielles et répétées. »

Traitement chirurgical curatif.

Dans la partie historique de notre travail, nous avons vu que les motifs, qui avaient arrêté pendant longtemps les chirurgiens dans leurs tentatives d'opérations sur la langue, étaient : 1^o la crainte de l'hémorrhagie; 2^o le manque de place qui rendait difficile la manœuvre des instruments dans la cavité buccale.

Les différentes méthodes, et les procédés variés, imaginés par les auteurs modernes, ont eu tout spécialement pour but d'obvier à ces deux difficultés. Ajoutons-y la tendance qu'on a de nos jours à faire une ablation aussi complète que possible des parties malades, afin d'éviter une récurrence rapide, et nous connaissons les trois points qui ont amené les chirurgiens à perfectionner sans cesse le manuel opératoire, et qui doivent encore guider le chirurgien actuel, quand il s'agit de choisir parmi ces méthodes et procédés.

Pour mettre un peu d'ordre dans la description qui va suivre, nous diviserons les méthodes opératoires en deux grandes catégories, comprenant chacune un certain nombre de procédés. Disons de suite que dans chacune de ces méthodes on emploie les mêmes agents de diérèse pour enlever la tumeur linguale; aussi nous contenterons-nous de les examiner à propos d'une seule de ces méthodes : ce sera dans la première que nous nous en occuperons.

Avant d'aller plus loin il nous semble utile de dire quelques mots de l'anesthésie.

Et d'abord faut-il ou non endormir le malade ? Sans rechercher ce qu'on faisait autrefois quand la marche de la chloroformisation n'était pas bien réglée et qu'on craignait à chaque instant un accident, nous pouvons dire que de nos jours presque tous les chirurgiens emploient l'anesthésie quand il s'agit d'enlever la langue.

Comment doit-on pratiquer l'*anesthésie* ? Il s'agit naturellement ici de l'anesthésie générale, qu'on provoque le plus ordinairement au moyen des vapeurs de chloroforme ou d'éther. Nous ne voulons pas nous attarder à discuter lequel des deux agents mérite la préférence. Notre but est surtout de rappeler en quelques mots les moyens employés par les chirurgiens pour procurer à leurs opérés de langue le bénéfice du sommeil, tout en prévenant l'entrée du sang dans les voies aériennes. Deux méthodes principales ont été inventées dans ce but :

1^o la chloroformisation, la tête pendante par la méthode de Rose ;

2^o l'anesthésie par la voie rectale.

1^o *Méthode de Rose*. M. le professeur agrégé Weiss a consacré à l'étude de cette méthode un article spécial dans la *Revue*

médicale de l'Est de 1882. Rose a proposé d'endormir les malades en quelque sorte la tête en bas et les pieds en l'air, de façon à ce que le sang s'accumulant dans l'arrière-cavité des fosses nasales et sortant ensuite par le nez, ne vienne pas tomber sur la glotte insensibilisée, et pénétrer ensuite dans la trachée. Le procédé de Rose a été publié en 1874 dans les *Archives de Langenbeck*. Ce procédé est en grande faveur chez les chirurgiens allemands, non-seulement parce qu'il prévient la pénétration du sang dans les voies aériennes, mais encore parce qu'il permet, quand il s'agit de la langue par exemple, un excellent éclairage du champ opératoire. On a accusé la méthode de favoriser l'hémorrhagie dans des proportions souvent fort inquiétantes. Ce reproche n'est peut-être pas aussi grave qu'on veut bien dire et n'est sans doute pas suffisant, pour faire rejeter la méthode en elle-même. Mais cela n'empêche pas que nous sommes de l'avis de M. Weiss et que nous répéterons avec lui : « Pour l'ablation de la langue, la ligature ou la forcipressure préventives, l'emploi de l'exérèse non sanglante, l'adoption du procédé de Michel ou de Billroth, nous dispense de recourir à la méthode de Rose qui n'a aucun avantage dans l'espèce. »

2° *Anesthésie rectale*. L'anesthésie rectale, au sujet de laquelle on a fait quelque bruit dans ces derniers temps, trouvera-t-elle davantage son application, dans l'opération du cancer de la langue. Disons un mot des différentes phases par lesquelles a passé cette méthode. On a injecté dans le rectum de l'éther pur, de l'éther mélangé avec de l'eau, du chloroforme liquide ou en vapeurs, des vapeurs d'éther, etc. Les vapeurs d'éther paraissent avoir été utilisées pour la première fois par le chirurgien russe Pirogoff; Simonin (de Nancy) suivit les pas du professeur de St-Pétersbourg, et

dans ces derniers temps Mollière (de Lyon) appela de nouveau l'attention sur cette méthode.

C'est pour répondre aux faits énoncés par Mollière, que Poncet (de Lyon) se mit à étudier la question et arriva aux conclusions suivantes : « Aujourd'hui mon opinion est faite sur un tel sujet, et si je n'attends pas un plus grand nombre d'observations, c'est que j'ai hâte de mettre les chirurgiens en garde contre ce procédé. Les faits cliniques, les expériences sur les animaux, ne laissent aucun doute sur les dangers de l'éthérisation *per anum*, les accidents qui surviennent ont, en outre, une gravité spéciale, inhérente au mode même d'anesthésie. » Par conséquent, malgré tous les avantages que cette méthode paraisse offrir à première vue, dans le cas d'opérations sur la langue, nous pensons qu'elle doit être laissée de côté, du moment qu'elle fait courir des chances graves à la vie du malade.

La chloroformisation ordinaire par les voies supérieures, nous paraît encore être la méthode préférable, pourvu qu'on prenne, contre l'introduction du sang dans les voies respiratoires, les précautions que nous indiquerons en décrivant les différentes méthodes et les différents procédés d'extirpation de la langue.

Après cette digression un peu longue peut-être, mais nécessaire, je crois, sur la manière dont on doit pratiquer l'anesthésie, revenons à l'opération en elle-même.

Les différents procédés employés pour l'ablation de la langue, rentrent dans l'une ou l'autre des deux grandes méthodes suivantes :

- I. Ablation par les voies naturelles, ou par l'orifice buccal.
- II. Ablation par les voies artificielles, ou après opérations préliminaires.

I. METHODE D'ABLATION PAR LES VOIES NATURELLES.

Dans cette méthode, appelée méthode directe, ou bien on tire la langue hors de la bouche, et on exise ainsi librement les parties malades, ou bien on pénètre avec le doigt et les instruments par l'orifice buccal, quand la tumeur s'étend vers la base.

Pour tirer la langue hors de la bouche, comme elle glisse facilement entre les doigts, on s'est servi, ou bien d'une pince de Museux, ou bien d'un fil plus ou moins gros, passé à travers la pointe ; ou bien encore on a passé en arrière de la tumeur un ou plusieurs fils métalliques, ou un trocart courbe passé à travers la base de la langue, et venant par chacune de ses extrémités s'appuyer sur les commissures labiales. Ces derniers moyens employés surtout quand on fait l'amputation avec l'écraseur ou l'anse galvanique, sont destinés à la fois à maintenir la langue au dehors et empêcher le fil métallique de glisser en avant.

Avant d'aborder la description des procédés opératoires, qu'on nous permette encore une remarque qui a son importance. Souvent de fois, les cancers de la langue paraissent plus étendus qu'il ne le sont en réalité ; cette fausse apparence est due soit à des épanchements sanguins dans l'intérieur de la masse morbide, soit à des poussées inflammatoires. Une langue cancéreuse examinée pour la première fois par Chassaignac, ne put être délimitée ; elle remplissait la totalité de la bouche et toute opération lui parut impossible. Une hémorrhagie se manifesta la nuit, et de la glace ayant été maintenue constamment dans la bouche, la langue au bout de quelques jours avait notablement diminué. Chassaignac put alors faire l'ablation complète avec l'écraseur. Lisfranc

émettait souvent dans sa clinique une opinion semblable ; il voulait, qu'avant d'opérer un cancer, on fit au pourtour de la tumeur des applications de sangsues, destinées à faire disparaître tous les phénomènes appartenant à l'inflammation ; on pouvait ensuite mieux circonscrire la lésion. Quelque chose d'analogue s'est produit chez un des malades opérés par M. le professeur Gross, et dont nous rapporterons plus loin l'observation. Cet homme s'était avisé de se mettre un vésicatoire sur la langue, pensant par là faire disparaître son mal : aussi arriva-t-il à la clinique avec une langue fortement irritée et tuméfiée au loin. Le doigt pouvait à peine atteindre en arrière les limites de la tuméfaction et l'opération semblait devoir être très difficile, sinon impossible. On mit le malade au repos, on lui fit faire de fréquents lavages de la bouche et au bout de quelques jours on put facilement circonscrire les limites de l'infiltration cancéreuse ; l'opération devint alors praticable.

Cela dit, passons aux méthodes opératoires employées pour l'extirpation des cancers de la langue. On peut ranger en deux groupes les instruments dont on se sert, suivant que par leur emploi on cherche ou non à éviter l'hémorrhagie. Dans un premier groupe on peut ranger le bistouri et les ciseaux ; dans le second, les caustiques, la ligature simple et élastique, l'écraseur, l'anse galvanique, le thermocautère. Donc deux catégories de procédés : 1^o Procédés de diérèse sanglante. 2^o Procédés de diérèse non sanglante.

1^o Procédés de diérèse sanglante.

A) ABLATION AVEC LE BISTOURI. — a) *Excision simple.* — La tumeur est-elle située sur un des bords de la langue, on la circonscrit avec le bistouri en se tenant à une certaine

distance de l'induration, et on l'enlève avec une partie des tissus sains environnants.

b) *Incision transversale.* — Ce procédé porte le nom de Louis qui l'appliqua en 1759. On l'applique comme suit : on tire la langue au dehors, on cherche à sentir avec le doigt le rebord postérieur de la tumeur, puis on fait une section transversale de la langue, en se tenant à une certaine distance de l'induration, On sépare ensuite la langue du plancher buccal par une dissection horizontale d'arrière en avant, en se tenant également à une certaine distance des limites inférieures de la tumeur.

c) *Incision en V, à sommet postérieur.* Ce procédé mis en usage pour la première fois par Boyer, ne peut être employé que dans les cas où la tumeur occupe la pointe de la langue, sans en intéresser les bords. On place le sommet du V sur le raphé médian de la langue, à une certaine distance en arrière de la tumeur. De ce point partent deux incisions obliques, l'une droite, l'autre gauche, qui en divergeant viennent gagner chacune un des bords de la langue ; dans leur trajet, elles doivent rester distantes des limites de l'induration. L'opération terminée, on réunit les deux lambeaux par quelques points de suture. Ce procédé cherche à réaliser un triple but : arrêter l'hémorrhagie sans qu'il soit nécessaire de recourir à des moyens spéciaux ; obtenir une réunion primitive, et enfin refaire une petite langue ayant la forme de la langue primitive.

d) *Incision en V à sommet antérieur.* — C'est là le procédé de Percy, par lequel on cherche à obtenir des avantages analogues à ceux du procédé précédent. L'application de ce procédé exige une disposition spéciale de la tumeur ; contrairement à ce qui a lieu dans le procédé précédent, il faut ici

que la partie médiane de la langue soit libre, et que la tumeur soit limitée à la partie antérieure de chaque bord. On excise alors chacun de ces bords en partant de la ligne médiane en avant, et se dirigeant en arrière et en dehors de chaque côté. Cela fait, on réunit la plaie en suturant la muqueuse de la face dorsale à celle de la face inférieure de la langue.

e) *Procédé de Pasturel*. — C'est encore un procédé d'incision en V à sommet postérieur, mais à branches verticales. La plaie forme un angle dièdre à sommet postérieur, dont l'un des plans est oblique de haut en bas, et l'autre de bas en haut. Ce procédé rarement applicable pour l'ablation des cancers de la langue, exige que la tumeur soit limitée à la pointe de la langue, et n'intéresse ni la muqueuse de la face dorsale, ni celle de la face inférieure. L'opération faite, on réunit les lambeaux par des points de suture, et on a les mêmes avantages que dans les procédés précédents.

B) ABLATION AVEC LES CISEAUX. — a) *Procédé simple*. — De tous temps on a employé indifféremment, avec le bistouri, les ciseaux droits ou courbes, dans les opérations sur la langue. Avec les ciseaux, on pratique l'un ou l'autre des procédés d'incision indiqués à propos du bistouri; et on se comporte de la même façon pour tout le reste.

b) *Procédé de Whitehead*. — On tire la langue en haut et en dehors, avec une double ligature en corde à fouet, passée à travers sa substance. L'opérateur commence par couper les piliers du voile du palais, puis il sectionne à petits coups les insertions antérieures des génio-glosses, détache d'avant en arrière les insertions de la langue au plancher de la bouche, puis sectionne la langue en avant de l'épiglotte.

Whitehead recommande l'usage de ciseaux parfaitement droits et coupant bien jusqu'à la pointe, qui doit être mousse,

sans quoi elle s'engagerait constamment dans les parties molles et gênerait les manœuvres. Il ne faut pas faire usage non plus de ciseaux courbés dans le sens du plat de la lame, car on atteindrait le plancher buccal à une profondeur inégale.

c) *Procédé de Billroth.* — Dans ce procédé, on opère comme dans le procédé de Whitehead, en ce qui concerne la section de la langue; seulement on fait préalablement la ligature des artères linguales. C'est cette ligature qui constitue le caractère essentiel du procédé de Billroth; nous dirons comment on y procède, quand nous nous occuperons de l'hémostase en général.

La tumeur enlevée par un quelconque des procédés décrits ci-dessus, il s'agirait de voir maintenant comment on procède à l'hémostase, et quel genre de pansement on emploie. Pour simplifier les choses autant que possible, nous réserverons ces questions pour plus tard.

2° Procédés de diérèse non sanglante

C) CAUSTIQUES. — Dans le traitement du cancer de la langue, on a employé les caustiques de deux façons différentes : ou bien on les a appliqués sur la tumeur pour la détruire directement de dehors en dedans et couche par couche ; c'est le procédé décrit par Maisonneuve, sous le nom de cautérisation en nappe ; ou bien on les a introduits dans l'intérieur ou au pourtour de la tumeur, pour modifier celle-ci du coup dans toute son épaisseur. Dans ce procédé, rentrent la cautérisation linéaire de Girouard et la cautérisation en flèches, de Maisonneuve, et les injections interstitielles de liquides caustiques ou autres, tels que la papaine, etc. La cautérisation en flèches s'exécute de la manière suivante : un bistouri aigu est introduit dans le tissu de la langue, en dehors du siège du

mal ; il ne fait que préparer la voie à une flèche de pâte de Canquoin, qu'on met aussitôt à sa place. On renouvelle cette manœuvre autant de fois que cela est nécessaire, en reportant le bistouri à quelques centimètres plus loin, jusqu'à ce qu'on ait entouré la tumeur d'une couronne de flèches ; de là le nom de ligature caustique donné à la méthode. On peut aussi plonger quelques flèches dans le centre même de la tumeur ; puis on les coupe toutes au ras de la muqueuse, et on les maintient en place avec un tampon de charpie.

L'opération terminée, une partie plus ou moins grande de la langue se trouvant ainsi privée, par l'action du caustique, de toute communication vasculaire et nerveuse, cesse de vivre au bout d'un temps assez court. La masse mortifiée se détache généralement vers le 10^e jour.

Nous devrions aussi ranger dans ce paragraphe les méthodes de traitement par la cautérisation actuelle : fer rouge, cautère à gaz de Nélaton, cautère galvanique, thermocautère.

Disons simplement qu'on a aussi employé ces divers instruments comme agents de cautérisation en nappe, c'est-à-dire pour détruire les tumeurs couche par couche ; leur emploi comme agents de cautérisation linéaire exige une description spéciale.

D) LIGATURE LENTE. — La crainte de l'hémorragie l'a fait depuis longtemps appliquer aux tumeurs de la partie antérieure de la langue ; mais son application à l'amputation totale est beaucoup plus récente, et exige l'emploi d'une opération préliminaire, dont nous nous occuperons ultérieurement.

La ligature lente peut être faite avec des fils ordinaires ; c'est la ligature simple ou avec des fils élastiques.

a) *Ligature simple*. — Elle comporte différents procédés qui ne sont plus guère employés aujourd'hui et que nous allons passer rapidement en revue.

1° *Procédé de Mayor*. — La tête du malade étant fixée par un aide, et la langue attirée au dehors, on la fend sur la ligne médiane d'un coup de bistouri; et l'on étreint la portion malade à l'aide d'un fil qu'on serre sur un tourniquet.

2° *Procédé de Récamier*. — On circonscrit la tumeur par une série de ligatures introduites successivement avec une aiguille à travers l'épaisseur de l'organe, en ayant soin de n'agir que sur les tissus sains; on serre ensuite isolément chacune des anses de fil.

3° *Procédé de Blandin* ou à anses excentriques. — S'applique comme le précédent.

4° *Procédé de Maingault*. — Se pratique comme celui de Mayor, sauf qu'on ne fait pas d'incision longitudinale; car il est destiné à enlever toute la largeur de la langue. Sur la ligne médiane de la langue, on fait passer un fil double en arrière des limites de la tumeur, et l'on étrangle séparément chacune des deux moitiés de la langue.

b) *Ligature élastique*. — La ligature élastique fut appliquée par Trousseau dès 1855, pour enlever une tumeur de la langue; un peu plus tard, Richard l'employa également; et dans ces dernières années, elle fut préconisée en Italie par Grandesso Silvestri de Vicenza (1862), en Angleterre par Henri Lee (1870), en Autriche par Dittal (1873), et en France par Delens (1877).

On emploie un fil de caoutchouc rond ou carré, de 2 millimètres 1/2 à 3 millimètres de diamètre. Pour l'introduire dans les tissus, on doit se servir de préférence de grandes aiguilles dont la courbure représente presque un demi-cercle

d'environ 5 centimètres de diamètre (Delens). Mais on peut également mettre à profit l'instrument dont se sert Allingham dans le traitement des fistules anales, et pour la description duquel nous renvoyons au traité de pathologie de Duplay (t. VI. p. 424).

Pour le manuel opératoire, deux cas sont à considérer, suivant que la tumeur occupe la ligne médiane, ou la partie latérale de la langue (Delens).

1° La tumeur occupe la ligne médiane. α) Quand la tumeur est située près de la pointe de la langue, une seule aiguille est nécessaire. On la place à la partie moyenne du fil, et on la maintient à angle droit entre les mors du porte-aiguille ; on engage la pointe sur la partie latérale gauche et inférieure de la langue, plus ou moins en arrière du frein, et on la fait ressortir à droite, en un point symétrique. On coupe la partie moyenne de l'anse près du chas de l'aiguille, et l'on a ainsi deux fils horizontaux et parallèles. On noue les extrémités de l'un des fils sur la face dorsale de la langue ; l'anse ainsi formée est destinée à faire une section vertico-transversale de la langue, en arrière de la tumeur. L'autre fil, noué en avant du frein, forme également une anse destinée à faire une section horizontale, et à isoler par conséquent la langue de ses attaches au plancher de la bouche. — ε) Si l'on a à pratiquer l'amputation totale, la manœuvre est la même ; elle est plus difficile, mais possible (Deleus).

2° La tumeur occupe les parties latérales de la langue. Quand la tumeur ne dépasse pas la ligne médiane, qu'elle soit plus rapprochée de la base ou de la pointe, on procède comme suit : On prend un fil de caoutchouc long d'environ 60 centimètres ; on enfle une aiguille à chacune de ses extrémités et l'on place les aiguilles de telle sorte que le fil soit divisé en 3 parties à peu près égales. L'une des aiguilles est engagée sur

la partie latérale et inférieure de la langue, dans le sillon bucco-lingual du côté malade, en arrière de la tumeur, et on la fait ressortir sur la face dorsale de la langue, en un point situé au de-là de la ligne antéro-postérieure qui raserait le bord interne de la tumeur. La seconde aiguille, entraînant l'autre extrémité du fil, est introduite de la même façon, c'est-à-dire qu'elle pénètre en avant de la tumeur, et ressort sur la face dorsale en un point situé en dedans de la ligne antéro-postérieure indiquée. On coupe alors le fil de caoutchouc près du chas de chaque aiguille, et l'on forme ainsi 3 anses avec lesquelles on va étreindre la tumeur. Les deux extrémités de l'anse postérieure nouées ensemble, feront une section vertico-transversale en arrière de la tumeur ; les deux extrémités du fil antérieur, nouées également, feront une section vertico-transversale en avant de la tumeur ; reste l'anse moyenne, qui est destinée à faire une section verticale antéro-postérieure en dedans de la tumeur. Le cancer se trouve ainsi complètement isolé des parties voisines, et à sa chute il restera sur le bord de la langue une encoche en forme de C ouvert en dehors.

Pour reconnaître les deux extrémités du même fil, on tire légèrement sur l'une d'elles et l'on voit l'autre qui est entraînée ; pour plus de facilité, on peut aussi colorer chacun des fils avec une teinte différente.

Voici comment Delens fait ses ligatures ; on tire simultanément sur les deux extrémités du fil, jusqu'à ce que l'on sente que l'extensibilité du caoutchouc approche de sa limite. Maintenant cette tension, on entrecroise les deux fils, en leur faisant subir une torsion en sens inverse, comme si l'on voulait commencer la torsion d'une suture métallique ; ce simple entrecroisement suffit pour fixer momentanément

l'anse au degré de tension voulu. Un aide entoure alors le point d'entrecroisement avec un fil de soie ou de chanvre un peu fort, et fait un double nœud ordinaire qu'il ne faut pas trop serrer, de crainte de couper le caoutchouc. Il semble qu'il ne doit pas être facile de lier les fils de cette manière, quand on opère sur la base de la langue. Aussi, si on voulait employer la ligature élastique dans un cas de ce genre, il serait sans doute préférable de passer les deux extrémités du fil élastique dans un tube de Galli, qu'on repousserait vers la muqueuse, et qu'on aplatiserait avec une forte pince, quand le fil aurait le degré de tension voulue. En outre, au lieu de tirer sur le fil jusqu'à ce qu'on approche de sa limite d'étensibilité, ce qui n'est pas toujours facile à apprécier, il vaudrait peut-être mieux suivre les règles suivantes, données par Allingham pour la ligature élastique des fistules à l'anus : on tire sur les deux extrémités du fil, et on le tend jusqu'à ce que la partie qui se trouve au dehors des téguments, ait doublé de longueur ; à ce moment on serre le tube de Galli. Pour employer convenablement ce dernier procédé, il faut prendre un fil d'une longueur telle, que la partie qui se trouve au dehors soit égale à peu près à celle qui se trouve dans le trajet.

Desprès a communiqué à la Société de chirurgie le 16 avril 1875, un cas de ligature élastique qui lui appartient. Après avoir placé deux épingles en croix, au dessous de la tumeur, pour la pédiculiser artificiellement, il en étreignit la base avec un fil élastique ; et au 7^e jour, la masse se détacha. Le procédé de Desprès est simple, et d'une exécution facile ; mais il ne permet d'attaquer que les tumeurs superficielles et occupant les parties de la langue voisines de la pointe.

E) LIGATURE EXTEMPORANÉE. « Cette méthode précieuse, dit Broca, appartient entièrement à Chassaignac. Il n'a été pré-

cédé par personne ; il l'a seul créée, vulgarisée et conduite à maturité. » Comme agent de ligature, on peut se servir de fils métalliques et de serres-nœuds, ou de la chaîne d'écraseur articulée ; la première méthode est celle de Maisonneuve, ou de la ligature extemporanée proprement dite ; la seconde constitue l'écrasement linéaire de Chassaignac. Le serre-nœud de Maisonneuve, que Broca regarde comme une copie très défectueuse et très inférieure de l'écraseur linéaire, lui est cependant préféré de nos jours par certains chirurgiens, par Nunneley entre autres.

L'écraseur linéaire peut être employé :

1° Pour l'amputation totale de la langue ;

2° Pour celle d'une moitié latérale ;

3° Pour l'ablation d'une portion antérieure plus ou moins considérable ;

4° Pour l'ablation d'un noyau isolé.

L'amputation de toute la langue, et celle d'une moitié latérale devant avoir leur ligne de section vertico-transversale dans la région de la base, nous décrirons plus tard la manière dont on doit passer la chaîne, car il faut recourir à une opération préliminaire.

Il est vrai que Baker, dans ces dernières années, a fait plusieurs extirpations complètes de la langue avec l'écraseur par la voie buccale.

Pour cela il commence par faire une section médiane antéro-postérieure de la langue, avec le bistouri ; il détache ensuite les insertions de chaque moitié de la langue au plancher buccal, par une section horizontale faite avec l'écraseur, puis il achève de détacher chaque moitié en faisant une section transversale de la base avec l'écraseur. Mais cette manière de procéder, nous paraît inférieure à la voie sus-hyoïdienne, pour les raisons que nous dirons plus tard. Contien-

tons-nous pour le moment de parler de l'ablation d'une portion antérieure plus ou moins considérable et de l'ablation d'un noyau isolé.

Pour l'ablation de la moitié antérieure de la langue, deux sections sont nécessaires, l'une vertico-tranversale pour séparer la tumeur des parties saines de la langue en arrière, l'autre horizontale pour l'isoler du plancher de la bouche. On devra donc appliquer deux chaînes, d'écraseur qu'on pourra faire marcher séparément ou ensemble. Pour passer la chaîne, on se sert d'un trocart courbe, ou d'une aiguille à pointe plus ou moins large et triangulaire capable de frayer un chemin suffisant à la chaîne qu'elle entraîne derrière elle, par l'intermédiaire d'un fil. On fait parcourir à l'aiguille le même trajet que quand on veut faire la ligature élastique.

Quand on a affaire à un noyau isolé, il faut tout d'abord pédiculiser la tumeur, sans quoi l'écraseur tendrait toujours à déraiper. Cette pédiculisation préliminaire peut être faite en appliquant une anse de fil au-dessous de la tumeur et plaçant la chaîne d'écraseur dans le sillon ainsi formé. On peut aussi employer l'érigne à crochets multiples de Chassaignac, dont on implante les mors en dehors et en dessous des limites de la tumeur. Reste encore le procédé de pédiculisation par transfixion, dont nous avons déjà dit un mot : il consiste à traverser les tissus sains en arrière de la tumeur avec deux ou trois longues aiguilles, derrière lesquelles on applique la chaîne d'écraseur.

20 à 25 minutes, trois quart d'heure au plus dit Chassaignac représentent le maximum de temps qu'il convient d'exiger pour la séparation complète de la langue. On peut recourir au chloroforme, mais seulement après avoir placé les fils.

F) GALVANO-CAUSTIQUE. Cette méthode, toute moderne, date de la même année que l'écrasement de Chassaignac ; elle est due, en grande partie, aux travaux de Middeldorpf, de Breslon. Elle comporte deux procédés : l'un qui consiste à enlever la tumeur avec le couteau galvanique, en faisant une section linéaire, comme on le fait avec le thermocautère ; l'autre, plus employé, a de nombreuses analogies avec l'écraseur, par le mannel opératoire. Suivant qu'il s'agit d'enlever une portion plus ou moins considérable de la partie antérieure de la langue, ou bien un noyau isolé, on place successivement l'anse de platine à l'endroit où l'on aurait placé les chaînes d'écraseur ; pour les introduire, on se sert d'une aiguille tubulée à laquelle on fait suivre le trajet indiqué précédemment.

Le chirurgien examine alors si l'anse est bien placée, si le fil glisse librement dans les rhéophores ; puis ayant ouvert le courant, il resserre tout doucement l'anse, jusqu'à ce qu'il ait excisé le tissu compris dans la ligature. Il faut faire attention de ne pas trop chauffer le fil, de ne pas diminuer l'intensité du courant en resserrant l'anse, parce que ce moment est le plus dangereux de l'opération, étant celui dans lequel on divise les principaux vaisseaux qui vont à la langue. Aussitôt qu'on voit suinter du sang des ouvertures par lesquelles le fil sort, on doit de suite diminuer l'intensité du courant, et remuer le fil à rebours, afin de cautériser les points qui saignent. La langue enlevée, s'il persiste quelque point douteux ou s'il coule un peu de sang, on cautérise avec un cautère en porcelaine. Le fil de platine employé doit avoir un calibre suffisant pour qu'il n'entre pas en fusion, ou ne devienne pas tellement malléable, que le chirurgien ne puisse plus le diriger à volonté (observation de Tillaux). On se sert

généralement d'un fil de 1 millimètre à 1 millimètre et demi de diamètre. Il faut sectionner lentement et faire en sorte que l'anse métallique reste au rouge sombre.

Des ablations totales de la langue par la bouche furent faites par Heath, Bottini, Landi et d'autres, avec l'anse galvanique. Ils commencèrent par faire la section horizontale, puis firent ensuite la section verticale, en se servant d'un rhéophore à bec courbe. Landi, dans un cas, laissa de côté la méthode de Bottini, et voulut commencer la section verticale ; le résultat fut mauvais, car son fil glissa, et il ne put faire qu'une section oblique.

Dans son ouvrage sur la galvanocaustie thermique, Boeckel rapporte 4 cas d'ablation de cancer de la langue, au moyen de l'appareil galvanocaustique. Nous avons transcrit ces observations, en les résumant, et nous ne voulons pas insister à leur propos ; contentons-nous de dire qu'il passe les fils de platine à peu près comme on le fait généralement.

Mais il est de notre devoir de signaler tous les efforts faits par ce chirurgien distingué, pour diminuer autant que possible les inconvénients de la méthode galvanocaustique. Il diminue d'abord la cherté et la complication des appareils, en faisant construire une pile spéciale par un fabricant de Strasbourg. Cette pile, au moyen d'un modérateur spécial, qui lui est adapté, permet de régler, d'une façon sûre et prompte, la force du courant.

En possession de cet appareil, Boeckel cherche alors « à fixer les principes par lesquels on évite sûrement l'hémorrhagie, but essentiel de cette méthode. » Pour cela, il recommande, après Middeldorpf : 1° de sectionner toujours avec l'anse galvanique, et jamais avec le couteau galvanique, qui offre moins de garanties ; 2° d'employer un fil suffisamment

gros, de sectionner lentement, et de ne pas employer de courants trop forts.

Il appelle, en outre, tout spécialement l'attention sur la manière dont on doit sectionner, et sur l'épaisseur de l'eschare. Il faut serrer fortement les tissus avec le serre-nœud, aplatir en quelque sorte les tuniques artérielles, l'une contre l'autre, avant de les sectionner. Pour se rendre compte du degré de rapidité de la section, il recommande de s'en rapporter à la fumée qui se dégage, et à la résistance qu'on éprouve à serrer la vis du serre-nœud. La plus ou moins grande rapidité de la section a une certaine importance ; car c'est d'elle que dépend l'épaisseur de l'eschare, et par conséquent l'hémostase. « On peut, dit Boeckel, obtenir à volonté des eschares, ayant jusqu'à 1 cent, d'épaisseur ; mais dans les plaies cavitaires, comme celles de la langue, il ne faut pas exagérer cette épaisseur ; sans quoi on est obligé d'user des désinfectants sur une très vaste échelle, pour combattre la putridité de l'eschare qui, au bout de quelques jours, se ramollit et tombe en putrilage. »

g) *Thermocautère*. Le thermocautère se rapproche du bistouri par la façon dont on opère la section et des instruments de constriction précédents par la diérèse non sanglante qu'il produit. Cet instrument permet donc de pratiquer l'ablation des cancers de la langue, d'après les différentes méthodes que nous avons décrites en parlant du bistouri ; il peut également remplacer les ciseaux courbes, pour l'excision de la langue à petits coups comme cela se pratique dans la méthode de Whitehead.

Quand on peut tirer complètement hors de la bouche la partie à exciser, l'opération est facile ; car on peut se rendre compte de ce que l'on fait, et manœuvrer convenablement

l'instrument. Mais quand l'on veut enlever une certaine étendue de langue, il est moins facile de s'assurer si l'on dépasse exactement les limites de la tumeur, car les tissus échauffés ne permettent pas au doigt d'explorer facilement la plaie. Maurice Perrin, qui a enlevé un certain nombre de cancers de la langue au thermocautère, a cherché un moyen qui permit de dépasser sûrement les limites de la tumeur, sans avoir besoin d'explorer à chaque instant la surface de section avec l'œil et le doigt. Il passe des fils d'argent, avec l'aiguille tubulée de Simpson, dans le sous-sol de la tumeur, à la distance de 1 centimètre environ des limites de l'induration, en se servant du doigt comme guide. Il les espace de 5 millimètres ; puis, quand tous sont placés, il les réunit en un seul chef, et forme une véritable barrière métallique que le cautère suit très aisément, sans crainte de s'égarer. Mais le thermocautère expose, en outre, à brûler les parois de la bouche, soit par contact direct, soit par sa chaleur rayonnante, qui est très considérable.

Pour éviter ce dernier inconvénient, Langenbeck a fait construire un spéculum buccal, destiné à maintenir la bouche ouverte et à en protéger les parois. Il se compose essentiellement d'un ouvre-bouche à crémaillère ordinaire, aux branches supérieure et inférieure duquel sont adaptées deux lames d'ivoire horizontales, destinées à protéger, l'une la voûte palatine et le voile du palais, l'autre, le plancher buccal, et deux autres lames en acier verticales, destinées à protéger la lèvre supérieure et inférieure. L'ouvre-bouche introduit, un mécanisme particulier permet de faire glisser deux lames latérales, qui viennent protéger les joues et les piliers du voile du palais. On tire alors la langue autant que l'on peut à travers l'orifice du spéculum, au moyen d'un fil d'argent passé à travers la pointe ; puis, avec un thermocautère

à bec courbe, on peut aller sectionner la base de la langue et l'enlever. Pour avoir une section exsangue, il faut opérer à petits coups, et avec l'instrument porté au rouge sombre. Avec ce dispositif opératoire, on peut au besoin aller enlever les piliers du voile du palais, le voile du palais, les amygdales, en changeant un peu la position du spéculum. L'opération faite, on peut plonger le thermocautère dans le moignon de la langue, pour détruire les dernières racines du mal (Perrin, Langenbeck). Pour l'extirpation totale de la langue, Langenbeck conseille de pratiquer la ligature préventive des artères linguales, et l'opération ne dure pas alors plus de temps qu'avec le bistouri. L'ablation de la langue au thermocautère a été pratiquée, un grand nombre de fois, par Maurice Perrin, Langenbeck, Verneuil.

II. — ABLATION PAR LES VOIES ARTIFICIELLES, OU APRÈS OPÉRATIONS PRÉLIMINAIRES

Quand le cancer est limité à la partie mobile de la langue, celle-ci peut être facilement tirée au dehors et l'opération est facile. Mais quand il s'étend vers la base de la langue et le plancher de la bouche, les difficultés surviennent ; et à travers l'orifice buccal, au fond d'une galerie assez étroite, quelque soit le procédé opératoire que l'on emploie, on ne manœuvre pas aussi facilement ses instruments, qu'à ciel ouvert. Les opérations préliminaires ont précisément pour but de rendre plus accessibles à la vue, au toucher et aux instruments, les parties atteintes par la néoformation.

La cavité buccale est limitée par 6 parois ; une antérieure, une postérieure, 2 latérales, une supérieure et une inférieure. Toutes ces parois, sauf la supérieure et la posté-

rieure, ont été l'objet d'opérations, ayant pour but de rendre l'accès de la base de la langue plus facile et plus sûr.

Les opérations préliminaires se répartissent en deux groupes : } 1^o Opérations non sanglantes ;
2^o Opérations sanglantes.

Il n'y a qu'un seul procédé d'opération non sanglante ; il est destiné à produire l'ampliation ultra-physiologique de l'orifice buccal, par la *luxation en avant des deux condyles du maxillaire*. Ce procédé, dû au chirurgien anglais Little, s'exécute comme suit : on produit une narcose chloroformique aussi complète que possible, afin de relâcher complètement les muscles masticateurs ; puis on procède à la luxation du maxillaire. On se place derrière la tête du malade ; on lui introduit les deux pouces, comme deux leviers, dans la bouche, plaçant leurs surface palmaire sur les grosses molaires inférieures. En même temps, on applique le bord radial de la seconde et de la troisième phalange du médius derrière l'angle de la mâchoire. Si l'on combine maintenant une pression pratiquée par le pouce dans la bouche, avec une pression du médius en avant et en haut, on attire notablement le maxillaire vers l'avant, et jusqu'à un certain point de dessous la tête, et la luxation se produit.

Passons maintenant à l'étude des méthodes sanglantes, qui sont plus nombreuses et plus importantes.

1^o Voie jugale.

Agrandir l'orifice buccal, en incisant la commissure labiale, jusqu'à la branche montante du maxillaire, c'est là une opération qui paraît assez simple, et qui devait naturellement se présenter à l'esprit du chirurgien. Ce fut Jaeger qui, le premier, en 1831, mit cette idée à exécution pour l'ablation d'un

cancer ne dépassant pas les 2/3 de la langue. La tumeur fut enlevée facilement ; on lia les vaisseaux qui saignaient, puis on réunit la plaie jugale, par la suture. Le succès opératoire fut complet.

Maisonneuve, en 1859, répéta l'opération, dans un cas de cancer ayant envahi la langue dans presque toute son étendue, depuis la pointe jusqu'à l'épiglotte ; le pilier gauche du voile du palais était lui-même compromis, mais les ganglions sous-maxillaires étaient encore intacts. Il fit une incision jugale bilatérale, pour avoir une voie encore plus grande, puis il enleva la langue avec les ciseaux courbes, en liant les artères au fur et à mesure qu'elles étaient divisées. La tumeur enlevée, on réunit les plaies jugales par une double suture, l'une muqueuse, l'autre cutanée.

Rizzoli, en 1861, s'ouvrit, de la même façon, une voie artificielle, par section de la joue d'un seul côté, pour aller traiter, par la ligature lente, une tumeur s'étendant jusqu'au pilier du voile du palais. Cette opération fut répétée par Heyfelder, Ruggéri, Collis, Jessop, Wagstaffe, Fourneaux, Gant, Wilms, Rose, et d'autres, et la plupart d'entre eux se servirent de l'écraseur pour enlever la tumeur linguale. Mais hâtons-nous de dire que, l'opération préliminaire une fois exécutée, chaque opérateur peut, à son choix, se servir, pour enlever la tumeur linguale, de l'instrument tranchant, ou de l'un ou l'autre des procédés hémostatiques décrits ci-dessus.

Nous ne discuterons pas la question de savoir à qui revient la priorité de l'incision jugale. Comme le fait remarquer Schlæpfer, elle paraît avoir été exécutée à peu près vers la même époque, par Maisonneuve, Rizzoli, Collis, qui n'avaient pas connaissance de leurs opérations réciproques, pas plus que de celles de Jaeger.

Voici les règles que donne Collis pour la section de la joue : à une distance de 1¼ de pouce de l'angle de la bouche, on sectionne la lèvre inférieure ; après avoir fait une incision verticale longue d'un demi-pouce, on la fait remonter en arrière, et légèrement en haut, dans la direction de l'ouverture du conduit auditif externe, jusqu'à un point correspondant à la dernière molaire du maxillaire inférieur. On incise d'abord la peau, puis le tissu cellulaire sous-cutané, les muscles, mettant une pince hémostatique sur chaque vaisseau qu'on ouvre, coupant au besoin la faciale entre deux ligatures, pour ménager le sang autant que possible. On arrive ainsi sur la muqueuse ; on ne l'incise qu'après avoir lié les vaisseaux, afin de pouvoir se débarrasser des pinces, qui gêneraient par la suite.

Le nombre des ligatures qu'on a à faire est peu considérable. — L'incision de Collis a pour but :

1° d'éviter la cicatrice laide qui résulte de la section directe de l'angle de la bouche, où se trouve le grand point d'entrecroisement des muscles de la face ;

2° de détruire le moins possible les ramifications du nerf facial ;

3° d'éviter l'ouverture du canal de Stenon ;

4° de former un petit lambeau qui s'applique facilement et sans effort sur la lèvre inférieure de l'incision.

Ce sont les mêmes idées qui ont amené le chirurgien danois Iversen à tailler le lambeau suivant : incision à concavité supérieure, commençant immédiatement au-dessous de l'angle de la bouche, et prolongée jusqu'au masséter, en passant à la hauteur des dents du maxillaire inférieur.

Qu'on ait employé l'une ou l'autre de ces incisions, l'opération terminée, on cherche à obtenir la réunion de la joue par première intention. Dans ce but, on a employé diffé-

rentes espèces de suture ; Fourneaux fit une suture métallique, Rose une suture à bouton, Gant la suture entortillée, qui nous paraît la meilleure au cas présent.

Procédé jugal de Maunoury. — Il a été employé tout récemment par Verneuil, chez un homme de 62 ans, ayant un épithélioma occupant le voile du palais, le pilier du voile et les parties de la langue et de la joue du côté correspondant. Il y avait des ganglions sous-maxillaires indurés. On opéra de la façon suivante : incision de la commissure labiale jusqu'au bord inférieur de la mâchoire, prolongation de l'incision le long du bord inférieur du maxillaire, jusqu'à l'angle de la mâchoire. Dissection et relèvement de ce vaste lambeau jugal ; ablation des parties malades intra-buccales avec le thermocautère, ablation avec le bistouri des ganglions sous-moxillaires.

Ce procédé, qui n'est en quelque sorte que celui de Collis, dont on a amplifié et reporté plus bas le trajet de l'incision, présente les mêmes avantages que ce dernier ; mais de plus, l'incision faite comme elle l'est ici sur le bord inférieur du maxillaire, permet d'extirper directement les ganglions sous-maxillaires, sans nouvelle plaie, et de faire passer par sa partie postérieure le tube en caoutchouc destiné au drainage de la cavité buccale, après l'opération. Si un ganglion carotidien était envahi, on n'aurait qu'à faire partir de l'extrémité postérieure de l'incision horizontale, une incision verticale, et on l'enlèverait facilement.

Le procédé de Maunoury est, en quelque sorte, une combinaison de la méthode jugale avec la méthode latérale sus-hyoïdienne, dont nous allons nous occuper.

2° Voie sus-hyoïdienne

On a cherché à utiliser diversement la voie sus-hyoïdienne comme lieu de passage pour l'ablation des tumeurs de la

langue. Les différents procédés imaginés peuvent se ranger en trois groupes :

Procédé par ponction ;

Procédé par incision ;

Procédé par formation de lambeaux.

a) *Ponction*. — C'est à Cloquet que revient l'honneur d'avoir imaginé ce procédé en 1829.

C'est la première opération préliminaire en date, destinée à faciliter l'ablation complète du cancer de la langue, quand il s'étend vers le bas. Il s'agissait d'opérer un malade portant un cancer du côté droit de la langue, s'étendant jusque près de l'épiglotte. Cloquet fit sur la ligne médiane une incision cutanée de 3 centimètres, allant du menton à l'os hyoïde. Puis avec une aiguille courbe, armée d'un fil double, il traversa la base de la langue, fit ressortir l'aiguille par la bouche, sur la ligne médiane et en avant de l'épiglotte ; cela fait, il coupa le fil au niveau du chas de l'aiguille. Il attacha alors l'un des chefs buccal du fil à l'aiguille, la plongea dans le sillon linguo-buccal gauche, en arrière des limites de la tumeur, et la fit ressortir par le trou de ponction sus-hyoïdien, après lui avoir fait contourner la face inférieure de la langue. Le côté gauche de la langue se trouva ainsi complètement entouré par une anse de fil ; on fit de même pour l'autre côté. On serra les ligatures par la voie sus-hyoïdienne, avec un serre-nœud, pour faire une ablation lente de la langue. Le passage des fils se fit facilement et sans accident. Nous n'avons pas à nous occuper, en ce moment, des suites de l'opération, qui furent malheureuses.

La ponction sus-hyoïdienne, avec passage de l'aiguille de bas en haut, telle que l'a pratiquée Cloquet, a également été employée pour passer les fils de ligature élastique, le fil de

mer deux anneaux qui pendent latéralement au dehors. Au moment de l'opération, les deux anses sont coupées, et à l'extrémité buccale de chacune d'elles on attache un des bouts de la chaîne d'écraseur, qu'on tire ainsi en place.

Ce procédé a l'avantage de permettre de désinfecter préalablement le champ opératoire en faisant des injections par les drains, d'abréger la durée de l'opération, et celle-ci terminée, de réintroduire facilement dans le trajet primitif un bout de drain pour conduire au dehors les liquides secrétés.

Reste à diviser les attaches de la langue au plancher de la bouche. Pour cela, on fait une section horizontale par l'orifice buccal, comme quand on opère par les voies naturelles; et on peut également faire marcher simultanément, l'écraseur buccal et l'écraseur sus-hyoïdien.

Si l'on n'enlève qu'une moitié latérale, on fait aussi une section verticale antéro-postérieure par l'orifice buccal. Mais il y a une précaution spéciale à prendre quand on passe les chaînes destinées à faire la section horizontale et la section verticale antéro-postérieure. Quand on opère par la bouche on peut armer l'aiguille d'un fil double et faire passer les deux chaînes d'écraseur par le même trajet.

Ici il n'en est pas de même : la chaîne d'écraseur passant par la région sus-hyoïdienne est placée indépendamment des autres ; aussi faut-il faire bien attention à ce qu'il ne reste aucune partie de tissu intermédiaire aux différentes sections.

Voici comment on procède : s'il s'agit d'une ablation latérale on fait d'abord la section verticale antéro-postérieure ; cela fait on se comporte par la suite comme dans le cas d'ablation totale : on place d'abord la chaîne d'écraseur horizontale ; par l'intermédiaire de celui-ci, on peut tirer la base de la langue en avant : on place alors l'écraseur sus-hyoïdien, en

fer ou l'écraseur destiné à pratiquer la ligature extemporanée, ainsi que le fil de platine dans la méthode galvano-caustique. Pour passer ces différents liens constricteurs, on peut employer le trocart, les aiguilles tubulées, les aiguilles ordinaires, en procédant comme nous l'avons indiqué en parlant des moyens d'exérèse par la voie buccale; mais le chemin à faire parcourir au fil est toujours celui indiqué par Cloquet, dans les cas où l'on veut faire l'ablation d'une moitié de la langue seulement, ou bien l'ablation de chaque moitié séparément. — Quand on fait l'ablation totale de la langue, avec l'écraseur ou l'anse galvanique, on détache toute la largeur de la base de la langue par une seule section. Dans ce cas, au lieu de faire pénétrer l'aiguille sur la ligne médiane de la langue, on lui fait contourner sa face inférieure; on sort dans le sillon linguo-buccal, on fait passer l'anse de fil par dessus la base de la langue, on replonge l'aiguille dans le sillon linguo-buccal du côté opposé, et on la fait ressortir par la ligne médiane de la région sus-hyoïdienne.

Les fils suivront toujours le premier ou le second des trajets indiqués ci-dessus, suivant qu'on fera l'amputation de toute la largeur ou d'une moitié seulement de la langue. Maintenant, on peut faire pénétrer les aiguilles de la région sus-hyoïdienne vers la bouche, ou inversement; ne se servir que d'une seule aiguille, ou en attacher une à chaque extrémité du fil; ce sont là de petits détails pratiques de peu d'importance.

Un moyen qui facilite beaucoup l'opération avec l'écraseur, dit Chassaignac, consiste à placer, deux jours auparavant, sur chaque partie latérale de la langue, un tube à drainage, qui sort d'une part par la bouche, d'autre part sur la ligne médiane de la région sus-hyoïdienne; on réunit le bout buccal de chaque drain au bout sus-hyoïdien, de manière à for-

faisant bien attention à ce que les points d'introduction des aiguilles dans les rainures bucco-linguales se correspondent exactement.

b) *Inccision sus-hyoïdienne*. On a fait des incisions médianes ou latérales, par lesquelles on tirait la langue au dehors, pour opérer autant que possible à ciel ouvert.

1° *Incision médiane*. Mirault d'Angers fit, sur la ligne médiane de la région sus-hyoïdienne, une incision allant du menton à l'os hyoïde. Par cette ouverture, il tira la langue hors de la bouche, et fit la ligature lente d'une moitié de la langue, en passant les fils à peu près de la même manière que dans le procédé par ponction. On pourrait également en mettant à profit cette voie employer les autres instruments d'exérèse.

2° *Incision latérale*. Dès 1856, un de nos maîtres de la faculté de Nancy, le regretté professeur Michel (*Procédé de Michel*) décrivait le procédé d'incision sus-hyoïdien par la voie latérale directe. C'est ce procédé qui a été repris depuis par Verneuil sous le nom de procédé latéralisé, et par Kocher sous le nom de méthode d'extirpation de la langue par la base.

J'ai fait, dit Michel, une longue incision cutanée s'étendant de la symphise du menton à la carotide et après avoir enlevé les ganglions cancéreux, j'ai coupé les muscles sus-hyoïdiens, afin d'enlever le cancer du frein, y compris la glande sublinguale. L'opération à très bien réussi.

Procédé de Verneuil. Nous emprunterons la description du procédé de Verneuil à la thèse Guillier :

1^{er} temps. Incision partant de la symphise du menton et allant jusqu'à l'angle de la mâchoire. Recherche de la faciale sur le bord du maxillaire et section de cette artère entre deux ligatures.

2^e temps. Ablation par décollement de la glande sous-maxillaire et des ganglions voisins ; on rabat la glande en bas, et avant de la détacher on lie en masse la pédicule qui renferme la faciale avant son entrée dans la glande. Avec ces ligatures préalables on ne perd pas 20 grammes de sang.

3^e temps. La région sus-hyoïdienne étant largement ouverte, on recherche la grande corne de l'os hyoïde, puis l'artère linguale que l'on lie. Il est beaucoup plus simple de faire la ligature de la linguale dans ce 3^e temps, que de commencer l'opération par la ligature préalable de cette artère.

4^e temps. On passe une chaîne d'écraseur sur la ligne médiane de la langue, et on divise l'organe en deux moitiés. Cette section peut se faire assez rapidement, si l'on agit exactement sur la ligne médiane, parce qu'il n'y a pas de vaisseaux qui puissent donner du sang ; mais si l'on empiète avec l'écraseur sur l'un des côtés de la langue, il faut sectionner plus lentement pour éviter une hémorrhagie.

5^e temps. On détache les adhérences de la langue en dehors, soit avec le doigt, soit avec un instrument mousse ; pour cela, il suffit de déchirer avec l'ongle les insertions du génio-glosse et des autres muscles intrinsèques.

6^e temps. La langue ne tenant plus que par ses adhérences postérieures à l'os hyoïde, et aux piliers du voile du palais, on l'attire avec une pince à travers l'ouverture sus-hyoïdienne, et on la coupe à sa base avec l'écraseur, le thermocautère, l'anse galvanique, les ciseaux ou le bistouri. Cette section se fait à ciel ouvert et si un vaisseau donnait on pourrait le lier facilement.

7^e temps. On fait la suture et le pansement de Lister, applicable aux plaies cavitaires. Verneuil réserve ce procédé pour le cas où il ne s'agit d'enlever qu'une des moitiés de la langue.

Les muscles de la région peuvent, s'il est nécessaire, être sectionnés et même excisés. La veine faciale et un grand nombre de vaisseaux veineux qui sortent des interstices musculaires, sont liés ; de même, on sectionne entre deux ligatures l'artère linguale et la faciale, afin de faciliter le nettoyage exact de la fosse sous-mandibulaire.

Comme on a fait la trachéotomie préventive, c'est le moment de tamponner l'ouverture du larynx ; car à présent on va pénétrer à travers le mylo-hyoïdien à la surface interne du maxillaire jusque sur la muqueuse, qu'on sectionne sur une étendue assez grande.

Maintenant, toute la surface latérale de la langue, depuis la pointe jusqu'à la base, est accessible. Le doigt peut contrôler facilement les limites de la tumeur, dont l'extirpation est facile ; et, après chaque coup de bistouri ou de ciseaux, on peut pratiquer commodément les ligatures artérielles nécessaires. Cette méthode, qui permet d'aborder directement la base de la langue, a été désignée par son auteur, sous le nom de méthode d'extirpation de la langue par la base.

C'est cette incision, dont nous venons de donner la description, que Kocher emploie également pour enlever les cancers du pharynx.

c) *Formation de lambeaux*. Ce fut Regnoli qui entra le premier dans cette voie, vers 1838.

Voici en quoi consiste son procédé :

Procédé de Regnoli : 1° Faire, à la région sus-hyoïdienne, une première incision postérieure qui s'étend, de la partie médiane du bord inférieur de la symphise du menton, jusqu'à l'os hyoïde. Tracer une deuxième incision, parallèlement à la courbe du maxillaire inférieur, et en suivant son bord inférieur. Ces deux incisions combinées forment deux petits lambeaux triangulaires ;

Procédé de Kocher. Kocher donne son procédé comme une modification de celui de Langenbeck qui n'est autre que l'incision latérale sus-hyoïdienne.

Le procédé de Kocher est à proprement parler un procédé à lambeau latéral. Seulement comme l'incision verticale surajoutée à l'incision latérale sus-hyoïdienne ordinaire, nous paraît surtout destinée à l'ablation des ganglions, nous décrirons ce procédé à la suite des procédés d'incision latérale. Il a, du reste, bien plus d'analogie avec ces derniers qu'avec les procédés à lambeaux que nous étudierons ensuite.

L'incision que j'emploie pour l'extirpation de la langue, dit Kocher, a tout d'abord pour but d'enlever dans la direction de l'écoulement de la lymphe tous les ganglions malades et en général tous ceux qui sont visibles. C'est pourquoi on fait une première incision le long du bord antérieur du sterno-mastoïdien, jusqu'à ce qu'on découvre ses fibres musculaires. De la partie médiane de cette incision, on en fait partir une autre passant par la région sus-hyoïdienne latérale, allant en avant jusqu'au corps de l'os hyoïde, puis suivant le ventre antérieur du digastrique, et mettant ce muscle à nu jusqu'au corps du maxillaire. Comme la première incision s'étend depuis le lobule de l'oreille jusqu'à la hauteur du larynx, on circonserit par ces deux incisions un lambeau triangulaire, dont la pointe est dirigée en arrière et en bas et que l'on relève jusqu'au bord du maxillaire. On pénètre alors par le bord du sterno-mastoïdien mis à nu jusqu'aux gros vaisseaux du cou en arrière, jusqu'à la grande corne de l'os hyoïde en avant ; la loge sous-maxillaire se trouve ainsi complètement à nu. On enlève alors la glande sous-maxillaire et les ganglions voisins, et même au besoin la partie inférieure de la parotide qui contient de petits ganglions lymphatiques qui ne peuvent être enlevés avec sûreté qu'avec elle.

2° Couper les attaches antérieures des muscles digastrique, mylo-hyoïdien, génio-hyoïdien, génio-glosse.

3° Renverser de chaque côté les deux lambeaux triangulaires, résultant des incisions superficielles et profondes.

4° Saisir la langue avec des pinces de Museux, et l'attirer en bas, entre les lèvres et la plaie.

5° Exciser, couche par couche, la tumeur de la langue, et lier les vaisseaux au fur à mesure qu'ils se présentent. Pour mieux se mettre à l'abri de l'hémorrhagie, le chirurgien de Pise fit la ligature en masse de la base de la langue, et coupa successivement, par tranches, toutes les parties situées en avant de la ligature.

Regnoli ne fermait pas la plaie du cou, de façon à laisser libre passage aux différentes sécrétions.

Giamattei s'empara de sa méthode en 1851. Sans avoir connaissance de l'opération de Regnoli, ni de celle Giamattei, Billroth dit avoir fait, quelques années plus tard, des recherches sur le cadavre, qui lui démontrèrent qu'une incision suivant le bord inférieur de la mâchoire, et reliant les deux faciales, n'ouvrait pas une voie suffisante pour donner passage à la langue. Il n'osait pas prolonger les incisions en arrière, dans la crainte de voir les muscles et la peau se rétracter trop, et ne plus permettre à la cicatrisation de se faire. D'un autre côté, il avait peur que le moignon de la langue, complètement détaché de la mâchoire, ne disparût totalement dans l'arrière bouche, et ne provoquât l'asphyxie.

Ayant eu à opérer un malade atteint d'un cancer siégeant dans la région du frein, il essaya, en 1861, l'incision sus-hyoïdienne latérale, dont il ne fut pas satisfait. (On se rappelle que cette incision avait déjà été pratiquée avec succès, en 1856, par le professeur Michel.)

Billroth renonça alors, pour un moment, à la voie sus-hyoïdienne, pour employer, dans ses opérations ultérieures, la résection temporaire du maxillaire inférieur (1862).

Procédé de Czerny. Czerny, de Fribourg, employa avec succès la méthode sus-hyoïdienne à lambeaux, en 1870. Voici comment il décrit, lui-même, son procédé : Je liai l'artère linguale dans l'angle que forme l'os hyoïde et le ventre postérieur du digastrique. Puis je prolongeai l'incision de la peau, en longeant de près la partie supérieure de l'os hyoïde, et allant jusqu'à la petite corne de l'autre côté. Perpendiculairement à cette incision, j'en fis une seconde, allant de la partie médiane de l'os hyoïde au menton. De cette façon, j'eus un grand lambeau de peau triangulaire, que je relevai jusqu'à sa base et fis soutenir par un aide ; et, de l'autre côté, un second lambeau plus petit, que je fis relever par un autre aide. Le long du bord inférieur de la mâchoire, on incisa ensuite le périoste ; puis on le décolla de la face interne du maxillaire, avec les parties molles qui le recouvrent ; on alla ainsi jusqu'au collet des dents, où l'on sectionna le tout, pour pénétrer dans la cavité buccale.

Les insertions du ventre antérieur du digastrique, du mylo-hyoïdien, du génio-hyoïdien, du génio-glosse, durent être détachées avec le bistouri. On tira alors la langue avec une pince Museux, par l'ouverture ainsi faite ; puis, avec le bistouri, on fit la section de ses deux tiers antérieurs et de la moitié du plancher buccal. Avant de procéder au décollement du périoste de la face interne du maxillaire, on avait enlevé les glandes sous-maxillaires et sublinguales, ainsi que les ganglions infiltrés du voisinage. Le nettoyage fut donc complet. On sutura la plaie sus-hyoïdienne, sauf la partie postérieure qui laissait passer un drain.

Procédé de Billroth. Billroth, qui avait eu connaissance de l'opération de Czerny, reprit de nouveau la voie sus-hyoïdienne en 1871. Voici son procédé, tel que nous le trouvons décrit dans son mémoire et reproduit dans la thèse de Margnat : « Une incision longue de 7 à 8 centimètres est conduite sur le bord inférieur de la mâchoire, de telle façon que son milieu corresponde à la simphise du maxillaire. Des deux extrémités de cette dernière, on fait partir une deuxième incision, longue de 3 ou 4 centimètres, avec une légère déviation en dehors ; il n'est pas nécessaire de prolonger beaucoup celle-ci par en bas, excepté dans les cas où le cancer de la langue s'étend très loin en arrière. Toutefois, quand on doit inciser un peu loin la muqueuse du plancher buccal, il est bon d'agrandir aussi la section de la peau, de manière qu'il ne résulte pas, de la rétraction de la muqueuse, un sac entr'ouvert dont les parois seraient tapissés par du tissu cellulaire lâche ; l'inflammation de ce dernier a produit, maintes fois, des infiltrations purulentes dans les différentes couches celluleuses des régions sus et sous-hyoïdiennes. L'incision transversale doit aller jusqu'à l'os ; les deux incisions latérales comprendront la peau et le tissu cellulaire sous-cutané. »

Il est nécessaire de décoller, avec la rugine, le périoste de la face postérieure du maxillaire inférieur, aussi loin que s'étend la première section ; cependant les muscles qui s'insèrent aux apophyses géni, seront difficilement détachés avec ce dernier instrument. Il est utile de se servir en pareille occasion, du couteau ou des ciseaux. Ces derniers muscles une fois incisés, on termine la perforation du plancher buccal avec le bistouri, en même temps que par les incisions latérales, on arrive sur la glande sous-maxillaire, qui est forte-

ment abaissée par un aide « Je n'ai jamais, dit Billroth, attaché une grande importance à la conservation de cette dernière, d'autant plus que, bien souvent, on est obligé d'extirper des ganglions malades, qui ont avec elles des connexions telles, qu'il est difficile, sinon impossible, de la ménager. Il y a des cas fréquents, où on peut la laisser intacte. Si on la sectionne et qu'on ne l'enlève pas, il faut se le rappeler ; car plus tard, elle se tuméfie fortement et pourrait en imposer pour des ganglions dégénérés. »

Après ce premier temps, qui n'est que préliminaire, on peut tirer la langue au-dehors par la région sus-hyoïdienne, et la sectionner à son aise.

Procédé de Verneuil. Dans ces dernières années, la méthode sus-hyoïdienne à lambeaux a été préconisée en France, par Verneuil. Nous trouvons décrite dans la thèse de Guillier, la manière de faire de ce chirurgien. Il recommande tout d'abord d'endormir le malade avec des précautions d'autant plus grandes, que la langue indurée et souvent de fois adhérente au plancher buccal, ne peut pas être facilement tirée au dehors, si la respiration devient gênée. La tête étant mise dans l'extension, on fait avec le thermocautère une incision courbe, suivant le bord inférieur du maxillaire, et allant à peu près d'une artère faciale à l'autre. On taille ainsi un lambeau triangulaire, qui se rabattra par en bas, dans le cours de l'opération, en découvrant largement le plancher de la bouche. Les téguments et le muscle peaucier étant incisés, on est sur l'aponévrose superficielle de la région. On va à la recherche de l'artère faciale, correspondant au côté de la langue le plus malade ; cette artère est sectionnée entre deux ligatures ; la glande sous-maxillaire est alors découverte et énucléée au moyen des doigts, de dedans en dehors, avec les ganglions que renferme sa gaine ; elle est bientôt ainsi détachée pres-

que complètement, n'étant plus retenue en dehors que par des adhérences celluleuses, et le tronc de la faciale qui la croise à ce niveau. Une nouvelle ligature en masse est appliquée sur cette sorte de pédicule, et la glande sous-maxillaire est enlevée en totalité.

Pour peu qu'on soupçonne ou qu'on découvre des altérations ganglionnaires du côté opposé, la même extirpation est pratiquée sur l'autre glande. A ce moment, on pourrait profiter de la mise à découvert du triangle mylo-hyoïdien, pour lier les deux artères linguales, mais comme la langue doit être attirée au dehors avant d'être sectionnée, il est peut-être plus facile d'attendre pour faire cette ligature, et alors on continue l'opération par la section lente des muscles mylo-hyoïdiens.

L'hémostase est toujours pratiquée au fur et à mesure que les artérioles sont ouvertes, de façon à ce que, quand on pénétrera dans la cavité buccale, il n'y ait plus aucun écoulement sanguin, et qu'on soit ainsi à l'abri de l'introduction du sang dans les voies aériennes et digestives. Il faut maintenant détacher les insertions des muscles de la langue au maxillaire, avec des ciseaux mousses. Bien entendu, un aide a saisi la langue avec une pince de Museux et la maintient solidement, de façon que, à ce moment, elle ne se renverse pas en arrière, sur le larynx. Jusqu'alors, remarquons-le, la cavité buccale n'est pas ouverte ; on peut, tout à l'aise, faire l'hémostase dans la plaie. Quand tout écoulement de sang est arrêté, on sépare alors la muqueuse, du maxillaire, avec le doigt ; on ne se sert ni du bistouri, ni des ciseaux, qui pourraient donner lieu à un écoulement notable de sang.

Jusqu'à présent, l'opération a été conduite avec toute la lenteur et la prudence nécessaires ; aucune difficulté, aucun accident n'est à redouter. Il reste à attirer la langue par la

voie qu'on vient de frayer ; c'est le seul temps qui demande à être exécuté avec un peu de célérité ; il y a là un coup de main à prendre, auquel il sera facile de s'habituer par l'exercice sur le cadavre.

La langue doit être saisie solidement par sa face inférieure avec une seconde pince à griffes ; l'aide chargé de la maintenir en avant, pendant la chloroformisation, la quitte alors, et le chirurgien la tire vivement par la région sus-hyoïdienne.

Cette manœuvre doit être faite avec célérité, parce que si elle traînait en longueur, la respiration serait gênée ; en effet, pour faire passer la langue derrière le maxillaire, on est obligé de la refouler en arrière légèrement et sa base va renverser l'épiglotte sur l'ouverture du larynx. Du reste, une fois la langue attirée et maintenue au dehors par la région sus-hyoïdienne, la respiration se maintient plus facile que jamais, à condition pourtant qu'on ait soin de la tirer, non directement en avant, mais de la relever légèrement en haut. La langue est ainsi mise à découvert, et facilement abordable dans toute son étendue, jusqu'à l'épiglotte. On entraîne en même temps le plancher de la bouche et les glandes sublinguales, qu'il est prudent de comprendre dans l'extirpation ; les piliers antérieurs du voile eux-mêmes se trouvent à découvert et peuvent être enlevés en tout ou en partie, s'ils ont été envahis par l'épithélioma.

La langue ne tient plus que par ses attaches à l'os hyoïde, et en arrière à l'épiglotte et au larynx. Pour détruire ces attaches, on pourrait entourer la base de la langue d'une chaîne d'écraseur, mais il ne faut pas oublier qu'on a les deux artères linguales à couper, et que l'écraseur lui-même ne saurait prémunir sûrement contre des hémorrhagies par des ar-

tères de ce calibre ; il vaut donc mieux procéder autrement.

Avec le thermocautère, le muscle hyo-glosse est sectionné transversalement, avec lenteur, à petits coups ; on découvre ainsi successivement de chaque côté, l'artère linguale, qu'on saisit et qu'on lie. La ligature des artères linguales étant faite, on achève la section des attaches à l'os hyoïde, et la langue ne tient plus que par sa base. On n'a plus aucun risque à courir, et on achève la section avec le thermocautère.

3° Voie maxillaire inférieure.

Les opérations préliminaires faites sur le maxillaire, sont de deux ordres : les résections temporaires, et les résections permanentes. Les premières se font quand l'os est sain ; les secondes, quand il a été envahi secondairement par la néoplasie.

a) *Résections temporaires.* — Nous diviserons en 5 groupes les opérations de résection temporaire :

1° Section médiane, d'après les procédés de Roux et Sédillot ;

2° Section latérale de Langenbeck ;

3° Résection temporaire du corps du maxillaire (opération de Boeckel.)

4° Résection temporaire de la partie latérale du corps (1^{re} opération de Billroth.)

5° Résection temporaire de la branche de la mâchoire (2^e opération de Billroth.)

1° *Section médiane.* — a) *Procédé de Roux.* — La résection temporaire linéaire, sur la ligne médiane, fut faite, pour la première fois, par Roux, en 1836. Voici la description qu'en donne Th. Anger :

1^{er} temps. — Division des parties molles. Faire une incision verticale depuis le milieu de la lèvre inférieure, jusqu'à deux centimètres au dessous du bord inférieur de l'os, dans la région sus-hyoïdienne ; disséquer dans une petite étendue les deux lèvres de l'incision, de façon à bien mettre à nu la face antérieure du maxillaire.

2^e temps. — Section de l'os. Arracher une des deux incisives médianes. Passer de bas en haut, immédiatement en arrière du bord inférieur de l'os, et dans le point qui correspond à la dent arrachée, une forte aiguille munie du fil qui doit conduire la scie à chaîne. Diviser l'os verticalement au moyen de cette scie.

3^e temps. — Dissection de la tumeur. Faire écarter les deux moitiés du maxillaire, et, pendant ce temps, couper, avec des ciseaux ou avec le bistouri, la muqueuse et les muscles du côté correspondant à la tumeur. Enfin, faire l'excision de celle-ci, en liant les vaisseaux à mesure qu'on les coupe.

b) *Procédé de Sédillot*. — Ne diffère du précédent que par le mode de section de l'os. Au lieu de la section verticale, le chirurgien de Strasbourg pratique deux incisions obliques, dont l'une part du bord supérieur de l'os, l'autre de son bord inférieur ; elles se rencontrent à angle aigu vers le milieu de la hauteur de l'os, et figurent ainsi un V renversé sur le côté. La section se fait avec une petite scie à main.

c) *Modification de Richet*. — A l'incision verticale des parties molles, Richet ajoute une incision horizontale plus ou moins étendue, suivant le bord inférieur du maxillaire du côté malade. La section de l'os faite, il écarte les fragments et détache complètement les parties molles de la face interne du maxillaire, du côté où il a fait l'incision cutanée.

Le procédé de Richet est une combinaison du procédé Roux-Sédillot, et de l'incision latérale sus-hyoïdienne.

2° *Section latérale.* — a) *Procédé de Langenbeck.* — Incision verticale allant de l'angle de la bouche, jusqu'au voisinage de l'os hyoïde ; on fait la section de toute l'épaisseur des parties molles, jusque vers le bord inférieur du maxillaire ; mais, à partir de là, la peau seule est coupée. On atteint généralement l'os hyoïde au niveau de l'insertion de la poulie de renvoi du digastrique.

On arrache alors la canine ou la première molaire ; puis, à l'aide d'un couteau pointu, on dépouille à ce niveau la partie postérieure du maxillaire des parties molles qui le revêtent. Il ne reste plus qu'à scier la mâchoire à la hauteur de la dent arrachée ; on fait la section oblique de haut en bas, et d'arrière en avant ; cette section permet au petit fragment d'être maintenu en place par le fragment antérieur qui lui est superposé, et l'empêche d'être déplacé par la contraction du masséter. On écarte alors les fragments avec des érignes implantées dans la cavité médullaire. Avant de procéder à l'extirpation de la tumeur, on fait une incision sus-hyoïdienne latérale, perpendiculaire à la première, et parallèle au bord inférieur du maxillaire.

On pratique facilement alors la ligature de la linguale, puis on extirpe les ganglions, on sectionne les muscles sous-lingaux, la muqueuse, et ce n'est que lorsque l'on a enlevé toutes les parties malades du plancher buccal, qu'on enlève la langue elle-même. On traverse la langue avec un fil, on la tire par la plaie, puis on pratique toujours, s'il y a moyen, l'amputation à quelques centimètres en arrière de la tumeur, dans les parties saines. La voûte palatine, les amygdales, bref, toutes les parties de la bouche, jusqu'à l'épiglotte, peuvent être enlevées sans difficultés.

b) *Modification de Bruns.* — On fait d'abord l'incision verticale, puis, sur celle-ci, une incision en forme d'arc de cercle,

allant jusqu'au sterno-mastoïdien. On scie d'abord le maxillaire verticalement dans la moitié de sa hauteur, puis, on tourne la scie dans un trou fait préalablement avec une vrille, et on fait une section horizontale longue de 1 centimètre, dirigée en avant ; à ce moment, on tourne de nouveau la scie pour sectionner verticalement la moitié inférieure.

Bruns emploie le galvano-cautère pour enlever la tumeur.

La tumeur linguale enlevée, on rapproche les fragments du maxillaire l'un de l'autre, et on cherche à les maintenir en place par différents moyens. On peut les ranger en 5 catégories : 1° bandages ; 2° ligature des dents ; 3° double pression exercée sur l'arcade dentaire et la base de la mâchoire ; 4° moules solides de l'arcade dentaire inférieure ; 5° contention avec les sutures métalliques et les chevilles d'ivoire.

Dans la première catégorie, se rangent les diverses espèces de frondes faites par le chirurgien lui-même, ou les fabricants d'appareils.

La ligature des dents se fait en passant un fil métallique sous la couronne des dents voisines de la section. Les deux extrémités du fil, ramenées en avant, sont nouées solidement, de façon à maintenir en contact les fragments déplacés. Ce procédé, qui est souvent l'occasion d'une vive douleur, dit Duplay, détermine en quelques cas le gonflement et l'inflammation des gencives, l'ébranlement des dents, en sorte qu'on est obligé d'y renoncer. Sédillot maintient les fragments en contact par une petite lame d'or, appliquée et soutenue au devant des arcades dentaires, par un fil de soie.

Les frondes ont l'inconvénient de nécessiter l'occlusion permanente de la bouche, en sorte qu'on accorde la préférence aux appareils dans lesquels on s'est proposé, en exerçant une double pression sur l'arcade dentaire et la base de

la mâchoire, d'immobiliser les fragments en prenant un point d'appui sur le menton, au lieu de le prendre sur la mâchoire supérieure (Duplay). Chopart et Desault, eurent les premiers l'idée de cette méthode, à laquelle nous devons divers appareils, en particulier celui de Houzelot, etc. Ces appareils, qui agissent d'après le même principe, consistent en deux plaques horizontales réunies par une tige verticale. La plaque inférieure est mobile sur la tige verticale ; la plaque supérieure, destinée à appuyer sur les dents, est faite en différentes substances (liège, gutta-percha, etc.).

Morel-Lavallée s'est contenté de faire des moules solides de l'arcade dentaire inférieure, avec des plaques en gutta-percha ramollie dans l'eau bouillante. La gutta-percha, en se durcissant par le refroidissement, forme alors un moule très résistant, dans lequel les fragments sont immobilisés dans leurs rapports normaux.

Pour avoir un contact plus intime, on a pratiqué, comme on le fait après la section des parties molles, la suture directe des fragments. Pour cela, on a perforé chacun des fragments à un demi centimètre à peu près de la ligne de section, et par les trous du foret, on a passé un fil d'argent qu'on a lié fortement. Il est plus commode de faire les trous destinés au passage des fils avant de sectionner le maxillaire, car on a alors un point d'appui plus résistant. Tillaux pense que le fil métallique est inutile et provoque de la nécrose ; aussi, pour la limiter autant que possible, il ne fait traverser au fil que la lame externe des fragments. On peut aussi tenir les fragments en contact avec une cheville d'ivoire, enfoncée dans la cavité médullaire de chacune des surfaces de section ; ou bien planter la cheville d'ivoire d'avant en arrière ; mais, pour cela, il faut faire une section oblique, suivant l'épaisseur du maxillaire.

3° *Résection temporaire du corps du maxillaire.* — Cette opération fut faite par Boeckel, en 1863. Une incision transversale, passant à 8 cent. au-dessous du bord labial, s'arrêta de chaque côté au niveau des artères faciales. Deux incisions verticales, partant des extrémités de celle-ci, furent conduite verticalement dans la région sus-hyoïdienne. On enleva une petite molaire de chaque côté, et à ce niveau, on fit passer un trait de scie. On fit alors basculer en avant la partie moyenne du maxillaire ainsi isolée, on sectionna transversalement la langue derrière la tumeur, et on fit la ligature immédiate des deux linguales. On put ainsi faire à découvert l'extirpation de la glande sublinguale, et d'une partie de la glande sous-maxillaire droite. Enfin, la gencive qui recouvrait la face postérieure de la symphise paraissant malade, Boeckel la rugina. On remit alors le morceau d'os en place, et on l'y maintint avec une suture métallique. Suture des parties molles.

4° *Résection temporaire de la partie latérale du corps.* — (1^{re} opération de Billroth, 1861). Une première incision part du point de la lèvre inférieure correspondant à la canine inférieure droite, et descend verticalement au-dessous du bord inférieur du maxillaire. Une deuxième, partie du même point, et dirigée de droite à gauche, passe horizontalement au-dessous du bord libre de la lèvre et gagne l'angle de la mâchoire; arrivée là, elle descend verticalement en bas. Cette dernière portion de l'incision forme un angle droit avec la première.

Le lambeau de parties molles, ainsi circonscrit, est laissé en contact avec le maxillaire. On arrache alors la canine droite et l'avant-dernière molaire gauche; ce qui permet de faire, dans les deux points correspondants, la section verticale de l'os. On détache alors de la face interne du maxil-

laire, les parties molles qui y adhèrent, et l'on rabat en dehors le lambeau avec la portion considérable de maxillaire situé à sa face profonde. Après avoir enlevé les parties envahies par le cancer, on remplace le lambeau de telle sorte, que les surfaces de section du maxillaire se correspondent exactement. Dans ce cas, Billroth fit une suture métallique en arrière, et se borna à rapprocher les fragments en avant, en faisant la ligature métallique des dents. Mais au bout de un mois, il fut obligé de placer, là aussi, une suture métallique. La guérison se fit en 2 mois 1½.

5° *Résection temporaire de la branche de la mâchoire.* — (2^e opération de Billroth). C'est un cas de résection temporaire linéaire, que nous avons cependant cru devoir exposer séparément. Billroth fit la résection de la branche montante, dans le cas d'une énorme tumeur située en dedans de cette branche, et faisant saillie vers le pharynx et le cou. Une incision verticale part du bord antérieur du masséter et se prolonge jusqu'au cou. Une seconde incision suit le bord de la mâchoire jusqu'au-delà de l'angle; puis on divise l'os au niveau de l'avant-dernière molaire, on coupe le ptérygoïdien interne à son insertion et on essaye de relever la branche de la mâchoire en dehors; mais on n'y réussit qu'après avoir coupé la moitié de l'insertion du muscle temporal. Le champ opératoire est alors parfaitement libre, mais la dissection est des plus difficiles: il faut lier la carotide externe et interne, couper les nerfs grand hypoglosse et lingual; le nerf vague lui-même est atteint, sans qu'on s'en aperçoive.

Les résections temporaires sont des opérations préliminaires destinées à agrandir les voies naturelles. Elles consistent essentiellement à réséquer une certaine longueur d'os, qu'on laisse adhérer aux parties qui la recouvrent, et aussi aux

tissus voisins, par un pont de parties molles servant à y entretenir la circulation ; on l'écarte temporairement de sa situation normale, pour permettre l'extraction de la tumeur, et on le replace et le fixe ensuite dans sa position première (Chrétien).

b) *Résections permanentes*. — On les pratique, quand l'os est envahi par le néoplasme. Qu'elle soit partielle ou totale, cette résection est une opération aujourd'hui nettement réglée, pour la description de laquelle nous renvoyons aux traités de médecine opératoire. Rappelons seulement que, lorsqu'on opère sur l'os, comme sur les parties molles, il faut toujours se tenir à une certaine distance du tissu malade.

Dans cette catégorie d'opérations, rentre celle que fit Maisonneuve en 1855, 1856. Il alla jusqu'à pratiquer la désarticulation d'un des côtés de la mâchoire, pour faciliter l'extirpation d'un épithélioma de la langue, du pharynx et du voile du palais. Depuis, cette opération a été répétée un certain nombre de fois, par Langenbeck et Kocher entre autres.

RESULTATS IMMEDIATS ET RISQUES DE L'OPERATION.

Dans toute opération chirurgicale il faut envisager deux choses : A) *l'opération en elle-même* ; B) *ses suites*.

A. L'opération en elle-même est encore un acte complexe qui se divise en plusieurs temps : 1° la section des tissus ; 2° l'arrêt de l'hémorrhagie ; 3° le pansement de la plaie.

1° L'exposé fait ci-dessus des nombreuses méthodes opératoires employées pour l'ablation des tumeurs cancéreuses de la langue, nous montre quels progrès on a fait depuis cinquante ans dans le manuel opératoire. Certains chirurgiens modernes, confiants dans leur bistouri, se sont cru tout permis, et ont tenté, avec succès, paraît-il, des opérations du genre de

celle ci : extirpation complète du larynx, du pharynx, de la base de la langue, du voile du palais, des amygdales (Caselli).

2^o Hémostase.

La langue, eu égard à ses proportions, reçoit des artères beaucoup plus considérables que celles qui, pour un volume égal, vont se rendre à toute autre partie quelconque du système musculaire (Chassaignac). L'hémorrhagie est donc beaucoup à craindre dans les opérations sur cette région ; elle peut survenir pendant l'opération, ou bien quelque temps après ; autrement dit, être *primitive*, *intermédiaire* ou *secondaire*. De tout temps, on a cherché de différentes manières, soit à prévenir ces hémorrhagies primitives, intermédiaires, soit à les combattre de suite et les rendre aussi faibles que possible. Nous avons pour cela à notre disposition plusieurs méthodes d'hémostase, que je crois pouvoir classer comme suit :

Hémostasie primitive ;

Hémostasie préventive ;

Hémostasie consécutive et palliative.

Hémostasie consécutive. — Examinons tout d'abord les procédés d'hémostasie consécutive, qui sont les plus anciens, et auxquels on a encore assez souvent recours de nos jours, quand on ne fait porter la section que sur les 2/3 antérieurs de la langue, ou même quand on pratique l'ablation totale par certaines méthodes. Après l'amputation de la langue par la bouche, avec le bistouri ou les ciseaux, on a, dès les premiers essais de chirurgie linguale, cherché à arrêter l'hémorrhagie par différents moyens : la cautérisation au fer rouge des surfaces saignantes, les styptiques et astringents divers, les réfrigérants, la compression temporaire faite avec le doigt ou une éponge, la suture immédiate de la plaie, les pinces à forcipressure laissées à de-

meure, la torsion ou la ligature des vaisseaux, en un mot tous les moyens d'hémostasie consécutive employés généralement en chirurgie. Disons un mot de la suture de la plaie considérée comme moyen hémostatique. A la suite d'une excision simple, de l'incision transversale, ou de l'ablation par le procédé en V à sommet antérieur, on suture la muqueuse de la face dorsale de la langue, à celle de la face inférieure. Quand on a pratiqué l'incision en V à sommet postérieur de Boyer, ou l'excision cunéiforme de Pasturel, on rapproche les deux lambeaux latéraux, formés dans le premier cas et horizontaux dans le second, et on les maintient en contact par plusieurs points de suture. Le *procédé de Dieffenbach* rentre dans cette catégorie. Rejetant les méthodes de ligature lente, il opérerait avec le bistouri, en cherchant à arrêter l'hémorrhagie de la façon suivante : avant de pratiquer l'excision, il traversait verticalement la langue en arrière de la partie malade avec un certain nombre de fils ; puis il sectionnait en avant de ces fils, qu'il liait dès que la tumeur était enlevée. Cette méthode, bonne quand on opère sur les parties antérieures de la langue, ne convient plus autant quand on se rapproche de la base ; car il s'écoule encore une certaine quantité de sang, dont la déglutition et l'aspiration dans les voies aériennes peut produire des difficultés accessoires et des complications très gênantes. De plus, on ne peut s'assurer si toute la partie malade a été enlevée, ni faire un examen minutieux de la plaie, car le sang qui coule en abondance et la suture rapide que l'hémorrhagie rend nécessaire, en empêche.

Après l'ablation de la langue à coups de ciseaux, par la méthode Whitehead, l'hémorrhagie, au dire de Whitehead lui-même, est aisément arrêtée et ordinairement insignifiante.

On enlève toute la tumeur, puis on fait les ligatures nécessaires ; on arrête l'hémorrhagie en nappes par la compression

momentanée avec une éponge. Quand on n'enlève qu'une des moitiés de la langue, en tirant fortement sur la moitié saine, on amène aisément à proximité de l'œil et du doigt les vaisseaux divisés ; mais comme le fait remarquer Bennett-May, si l'on avait à enlever les deux moitiés, il ne serait peut-être pas aussi facile d'aller saisir les vaisseaux divisés ; en outre l'opération durerait plus de temps, et la perte de sang serait par conséquent plus grande et capable d'amener des conséquences fâcheuses.

Il est par conséquent plus sûr, si l'on ne veut pas faire la ligature préventive des artères linguales, de lier les artères au fur et à mesure qu'on les sectionne, comme on le fait dans les procédés d'ablation après section du maxillaire, ou même de ne les sectionner qu'entre deux ligatures, comme le faisait Michel.

Backer fait l'hémostasie consécutive après section médiane du maxillaire ; mais il fait la trachéotomie préventive, place la canule-tampon de Trendelenbourg et une grosse éponge dans le pharynx, pour empêcher le sang de passer dans les voies aérienne et digestive ; de cette manière il obtient tous les bénéfices de l'hémostasie consécutive, tout en palliant les inconvénients ; c'est l'hémostase consécutive et palliative.

Hémostasie préventive. C'est la méthode qui comprend les procédés les plus nombreux et les plus généralement employés aujourd'hui. Ces procédés sont destinés à produire une hémostasie temporaire ou permanente.

L'hémostasie temporaire dure juste le temps nécessaire pour mener à bien l'opération ; puis la tumeur enlevée, on s'occupe d'arrêter le sang par les moyens que nous fournit la méthode d'hémostasie consécutive.

Dans la chirurgie des membres, pour arrêter le cours du

sang pendant l'ablation des tumeurs, en emploie la compression directe de l'artère, ou la compression circulaire du membre avec la bande d'Esmarch. Ces moyens ne sont évidemment ni l'un ni l'autre applicables à la langue.

La compression des artères linguales ne peut pas être faite, car l'on n'a pas de plan résistant sur lequel l'on puisse comprimer. Mais dans ces derniers temps, Langenbuch a imaginé un procédé basé sur un principe analogue à celui de la bande d'Esmarch.

A une certaine distance en arrière de la tumeur, il enserre chaque moitié de la langue entre une anse de fil ; il fait ainsi une compression médiate de l'artère linguale et de ses branches. On fait l'ablation de la partie malade par une incision en V analogue à celle de Pasturel, puis on enlève les fils de constriction, après avoir réuni préalablement les deux lèvres de la plaie par une suture profonde. Avec ce procédé d'excision cunéiforme, plus on opère en arrière, plus la plaie formant le plan inférieur de l'angle dièdre est étendue, et trop grande pour être complètement recouverte par le plan supérieur ; dans ce cas on recouvre sa partie antérieure avec la muqueuse du plancher qu'on tire facilement en arrière et qu'on suture au moignon de la langue.

Si toutefois, à la suite de l'opération, il y avait déficit de muqueuse on pourrait arrêter l'hémorrhagie qui est fournie en cet endroit par des capillaires assez fins, en employant la cautérisation, les réfrigérants ou les styptiques.

Voici le mode de *ligature temporaire* employé par *Langenbuch*. On tire la langue au dehors autant que possible. Une longue aiguille courbe, armée d'un fil de soie très fort, est alors enfoncée au moyen d'un porte-aiguille sur la ligne médiane du dos de la langue environ 2 ou 3 centimètres der-

rière les limites postérieures de la tumeur. On enfonce l'aiguille perpendiculairement dans la profondeur, puis on fait décrire à sa pointe un arc de cercle, et on la fait ressortir dans le sillon linguo-buccal. Une moitié de la langue comprenant l'artère linguale, se trouve ainsi entourée d'un fil qu'on peut serrer de façon à la comprimer. Seulement comme la surface de la langue est très glissante et que grâce à la disposition de ses faisceaux musculaires, elle possède la faculté de se retirer en arrière des nœuds les plus serrés dans lesquels on l'étreint, Langenbuch chercha par le moyen suivant à empêcher le glissement du fil : après avoir fait ressortir l'aiguille dans le sillon linguo-buccal, il lui fait traverser le bord de la langue, laissant ainsi une petite partie de tissus en dehors de l'anse qu'il serre alors sans que le fil glisse. Par le pont de substance laissé ainsi en dehors de la ligature, il passe si peu de sang que la surface de la plaie n'en est nullement masquée.

L'autre moitié de langue est entourée de la même façon et à la même hauteur par un second fil. Toujours dans le but d'empêcher le glissement, les fils s'entrecroisent en partie sur la ligne médiane, l'anse droite comprend dans sa concavité une petite partie de la moitié gauche de la langue, et réciproquement.

Les ligatures faites, les 4 extrémités des fils ressortent par la bouche et servent à tirer la langue en avant.

Langenbuch employa son procédé dans deux cas : une fois pour enlever une tumeur caverneuse de la langue, une autre fois pour un papillome. Dans les deux cas, la section au bistouri fut exsangue et après la suture et l'enlèvement des fils on n'eut pas de sang non plus. Le 3^e jour on enlevait les sutures et la réunion était complète.

Quelquefois on s'est servi de la *ligature* comme moyen d'*hémostasie permanente*.

On faisait une ligature avec le fil ordinaire ou avec un fil élastique ; la compression établie, on sectionnait la langue un peu en avant du sillon formé par le fil ; la portion laissée en avant des ligatures tombait par gangrène. On voulait ainsi éviter le danger qu'offre le séjour dans la bouche pendant plusieurs jours d'une masse gangrenée, comme cela se produit avec la ligature lente, tout en voulant mettre à profit l'avantage de la section hémostatique qu'elle procure.

Le procédé d'hémostase permanente le plus important est, sans contredit la *ligature préventive de l'artère linguale*. La langue est irriguée à peu près exclusivement par les deux linguales ; aussi semble-t-il naturel qu'on ait cherché à lier ces artères afin de produire une plaie d'amputation à peu près exsangue. Mirault le premier en 1883, a fait la ligature préventive de la linguale droite. Il trouva de nombreux imitateurs dans la suite. Schlæpfer rapporte que, jusqu'en 1878, la ligature fut faite d'un seul côté 22 fois, des deux côtés 6 fois et dans 4 cas, on ne dit pas si elle fut faite d'un seul ou des deux côtés. Fischer dit en connaître 110 observations, dans 73 desquelles elle fut faite préalablement à une extirpation de langue. Fischer accepte que c'est à Béclard que revient l'idée de la ligature préalable pratiquée pour la première fois par Mirault.

Dans ces dernières années la ligature préventive de l'artère linguale a été faite un grand nombre de fois ; cette ligature est une des parties fondamentales de la méthode d'extirpation de la langue par la bouche, prônée si vivement dans ces derniers temps par le professeur Billroth. Elle fait également partie de la plupart des méthodes sus-hyoïdiennes, où l'on lie l'une ou les deux linguales.

Au début, deux craintes retenaient les chirurgiens, et les empêchaient de mettre à profit ce moyen hémostatique ; d'une part la difficulté de trouver l'artère ; d'autre part les accidents dangereux, dont la plaie de ligature devenait le point de départ. Avec l'anatomie pour guide, on est parvenu, à de rares exceptions près, à vaincre la première difficulté. Cette opération date du siècle, elle ne compte guère que deux procédés (Farabœuf) :

1^o Lier l'artère au-dessous du muscle digastrique ; c'est la lier au-dessus de la grande corne par le procédé ancien ou premier procédé.

2^o Au-dessus du muscle digastrique, dans le petit triangle, c'est le second ou nouveau procédé.

La méthode de Dietrich (1831) consiste à se porter sur l'origine même de la linguale, à l'aide d'une incision analogue à celle dont on se sert pour lier la carotide externe. C'est là une méthode qui est à rejeter, car en ce point on peut la confondre avec la thyroïdienne supérieure ou la faciale. Voici comment Farabœuf décrit ces ligatures :

« Le malade est couché sur le dos, le cou en pleine lumière, renversé sur un oreiller et la tête détournée. Le chirurgien palpe la région, fait saillir l'origine de la veine jugulaire externe, suit l'os hyoïde et sa grande corne jusqu'au bord du sterno-mastoïdien. Pendant l'opération, la main d'un aide maintiendra l'os hyoïde pour l'empêcher de fuir sous le doigt explorateur.

« 1^o *Ligature dans le triangle.* (Au-dessus du tendon du digastrique, Bell et Wyse). A égale distance de l'os hyoïde et du bord inférieur de la mâchoire, parallèlement à ce bord, faites à la peau une incision de 4 centimètres, qui finisse à un doigt du bord antérieur du sterno-mastoïdien. Coupez le peaucier avec précaution dans l'angle postérieur de la plaie,

où passe une veine faciale. Près de la lèvre inférieure de la glande, pincez, soulevez et incisez l'aponévrose. Reconnaissez la glande mise à nu (1^{re} repère). Accrochez-la avec une érigne et faites-la tirer en haut, pendant que vous décollez sa face profonde des parties sous-jacentes. Quand la plaie est bien abstergee et la dissection suffisante, vous apercevez le tendon du digastrique (2^e repère), et le petit triangle voilé par du tissu cellulo-grasieux. Détruisez ce tissu, et reconnaissez le nerf (3^e repère) avec la veine qui longe son bord inférieur.

« Après avoir fait accrocher et fixer le tendon digastrique pour empêcher les mouvements de déglutition, pincez le muscle hyo-glosse, et l'ayant soulevé, faites-y délicatement une petite boutonnière parallèle et sous-jacente au nerf. L'artère se présente bientôt; isolez-la bien avec deux pinces qui déchirent sa gaine celluleuse, et chargez avec un porte-fil recourbé.

« 2^e *Ligature au-dessus de la grande corne* (Blandin et Malgaigne). Tout près et au-dessus de l'os hyoïde, parallèlement à sa grande corne, faite une incision rectiligne de 4 centimètres qui aboutisse au bord interne du sterno-mastoïdien. Coupez le peaucier avec précaution dans l'angle postérieur de la plaie, où passe souvent l'origine faciale de la jugulaire externe que vous faites écarter en haut et en arrière. Avec le doigt, touchez le relief du bord de la glande et la corne hyoïdienne. Si celle-ci est à découvert, pincez, soulevez et incisez l'aponévrose immédiatement au-dessus, sans dénuder la glande que vous faites ériger à travers sa loge et rejeter en haut. Mettez de nouveau le doigt dans la plaie, au-dessous de la grande corne (1^{er} repère), et vous sentirez la gouttière que limite en haut, le ventre postérieur du di-

gastrique, gouttière où passe le nerf hypoglosse (2^e repère) et où bat l'artère à travers le muscle kérato-glosse. Pour voir clair, nettoyez la plaie, disséquez un peu s'il faut, tout en ménageant l'angle postérieur où passent de nombreuses veines qu'un crochet mousse, écarte et protège, et qui blessées vous inondent de sang. Erigenez et faites tenir la grande corne qui se déplacerait dans les fréquents mouvements de déglutition. La main gauche, armée d'une pince, saisit alors le muscle hyo-glosse délicatement, pour ne soulever que lui. La main droite, armée d'un bistouri, fait à ce muscle, à petits coups, une boutonnière parallèle et sous-jacente au nerf, puis saisissant une seconde pince, vient aider la première à dénuder l'artère qui se présente au fond de la petite plaie musculaire. »

En suivant mot à mot ces préceptes, on se convaincra que la ligature de la linguale est relativement facile : une circonstance anatomique favorable est la constance de ses rapports. Mirault a étudié ces rapports sur 38 sujets et il a observé que : 3 fois elle naissait au-dessous de l'os hyoïde, 14 fois au-dessus et 21 fois au niveau de cet os ; mais quel que soit son lieu d'origine, elle reprend sa position normale au-dessous du muscle hyo-glosse.

Là, on la trouve toujours, tandis que dans le trigonum lingual, elle peut occuper une position plus ou moins anormale.

Woelfler dit avoir toujours trouvé la linguale, soit sur le vivant, soit sur le cadavre ; « mais, ajoute-t-il, ses variétés de calibre peuvent être considérables ; quelquefois elle est aussi grosse que la radiale, et d'autres fois aussi fine et aussi ténue que la dorsale du pied »

Woelfler groupe, comme suit, les variétés de position de la

linguale, qui ont une importance chirurgicale, ou peuvent en avoir une :

1° Anomalies relativement à l'origine : a) elle a son origine plus haut que normalement à la carotide externe, ou bien, comme on le voit souvent, elle naît avec la faciale et se trouve un peu plus élevée au-dessus de l'os hyoïde ; dans le trigonum lingual, elle occupe sa place normale. b) Dans un cas, on trouvera la lingale prenant naissance dans la même région que la thyroïdienne supérieure, à la paroi postérieure de la carotide ; de cette même région naissait aussi la faciale qui de là montait plus verticalement pour aller rejoindre son trajet normal et recouvrait complètement la linguale au-dessus de l'os hyoïde. Dans un cas pareil, il serait possible de lier la faciale à la place de la linguale. (Zuckerkandl).

2° Anomalies de position : a) elle s'étend entre le mylo-hyoïdien et le ventre antérieur du digastrique jusque vers le menton, traverse le mylo-hyoïdien, et pénètre entre le génio-hyoïdien et l'hyoglosse vers le parenchyme de la langue. (Hyrtl). b) L'artère peut accompagner le nerf hypoglosse à la place de la veine hypoglosse inférieure. (Zuckerkandl). Dans ces deux cas, il eût été possible de constater l'anomalie, attendu que l'artère était déjà visible avant la section de l'hyoglosse.

3° Une variété qui serait fatale pour la ligature, serait la suivante, décrite par Zuckerkandl : la linguale gauche manquait complètement ; la moitié gauche de la langue était nourrie par un rameau venant de la linguale droite, et suivant un trajet arciforme sur la base de la langue. Heureusement, de pareils cas sont rares.

4° Billroth, dans un cas, chez un homme de 57 ans, lia la veine linguale au lieu de l'artère.

Chez les vieilles gens, il est souvent difficile de distinguer la linguale des veines distendues, à parois épaissies, surtout, comme c'était le cas, quand il y a du pouls veineux dû à une maladie de cœur.

La plaie résultant de la ligature de la linguale a été, quelquefois, le point de départ de vastes phlegmons du cou, de pyohémie, de septicémie, etc... Mais, de nos jours, grâce à l'emploi des pansements antiseptiques, on obtient généralement une réunion primitive rapide, et tout danger se trouve conjuré.

La ligature de la linguale, comme opération préliminaire, paraît donc être le plus souvent assez facile, aggravant peu le pronostic opératoire; de plus elle paraît donner lieu rarement à une hémorragie secondaire, comme cela se voit souvent à la suite de la ligature d'un gros vaisseau.

Les malades accusent seulement pendant quelques jours, un peu de dysphagie; ce qui tient à l'inflammation légère de la muqueuse pharyngienne, au contact de laquelle est appliquée la ligature. (Demarquay).

3° *Hémostasie primitive*. — Par hémostasie primitive, nous entendons les procédés d'amputation avec les caustiques, la ligature simple ou élastique, l'écraseur, le galvanocautère, le thermocautère. Avec les différents instruments, on opère sans s'occuper de l'hémorragie, ni avant, ni après l'opération; la surface de section est complètement sèche, ou du moins doit l'être, si les instruments remplissent le but qu'on recherche en les employant.

Nous venons de passer en revue les différents moyens employés par les chirurgiens pour arrêter l'hémorragie, à la suite de l'amputation de la langue. Nous devrions maintenant chercher à montrer, en nous fondant sur nos observations,

quels sont ceux de ces moyens qui nous paraissent les plus propres à économiser le sang du malade.

Cette question sera examinée, dans notre chapitre général de statistique.

3° *Le pansement* devrait trouver sa place ici. Bornons-nous à dire simplement que si l'on a incisé le tégument externe, soit pour lier l'artère linguale, soit pour enlever les ganglions, soit pour se créer une voie artificielle, on réunit la plaie par quelques points de suture, quand elle présente une certaine étendue ; si elle est petite on se contente de faire un pansement à plat : dans les deux cas, naturellement on emploie la méthode antiseptique. Quant à la plaie cavitaire résultant de l'amputation de la langue, nous verrons quel doit en être le traitement, quand nous parlerons des complications secondaires de l'opération, et en particulier de la pneumonie de déglutition [X].

B) *Suites de l'opération.*

Nous ne nous attarderons pas à parler de tous les accidents consécutifs aux opérations en général ; nous étudierons seulement quelques points spéciaux à la région. Dans un premier groupe, nous réunirons les accidents dépendant de la plaie ; dans un second groupe, nous envisagerons les résultats éloignés de l'intervention opératoire.

Accidents dépendant de la plaie. — a) *Inanition ; alimentation.* A diverses reprises, Verneuil fut frappé des troubles de la nutrition, survenus chez ses opérés de langue ; « Je les vois, dit-il, dans les jours qui suivent l'opération, s'affaiblir et s'amaigrir, considérablement, en même temps que la réunion des lambeaux, qui paraissait d'abord être complète, se détruit souvent peu à peu ; tous

accidents qui paraissent évidemment devoir être rapportés à l'inanition. » (Société de chirurgie, 2 mars 1881). Certains même aiment mieux se laisser mourir de faim que de supporter tous les jours de nouvelles douleurs, chaque fois qu'on leur passe la sonde. Se basant sur le fait de Krishaber, qui avait laissé une sonde œsophagienne à demeure pendant 305 jours, dans un cas de cancer du pharynx et de l'œsophage, Verneuil songea à se comporter de la même manière, à la suite des amputations de langue ; et il en retira de sérieux avantages. Seulement, au lieu de la sonde en gomme, il se servit de la sonde en caoutchouc rouge, pour laquelle la tolérance des cavités naturelles est si absolue. Quelques jours avant l'opération, on préparait, petit à petit, le malade à ce cathétérisme permanent. La sonde à demeure provoque seulement un peu d'irritation de la muqueuse nasale. Quand on veut passer la sonde, on peut, chez un sujet bien conformé, choisir indifféremment l'une ou l'autre narine ; mais il faut toujours songer à la possibilité d'une déviation congénitale de la cloison des fosses nasales ; dans ce cas, si l'on ne peut pas passer d'un côté, on examine son malade et l'on passe facilement par l'autre côté qui est plus large. La sonde, une fois en place, on attache un fil à son extrémité supérieure ; ce fil sert à attirer la sonde en arrière et à en fixer le pavillon derrière l'oreille, en dehors des repas. On peut laisser la sonde à demeure jusqu'à cicatrisation complète.

Si on ne veut pas se servir de la sonde à demeure, on alimente le malade au biberon, ou avec un tube en caoutchouc introduit jusqu'à l'ouverture supérieure de l'œsophage. Mais l'alimentation directe, c'est-à-dire dans laquelle les aliments viennent en contact avec la surface de la plaie, est le plus ordinairement tellement douloureuse qu'on ne doit pas y

songer, au moins, dans les premiers jours. Cette douleur, en mangeant, se comprend facilement ; la déglutition est un acte complexe, dans lequel les muscles de la langue, de l'isthme, du gosier et du pharynx, interviennent tour à tour ; or, il va de soi que ces muscles, en se contractant, produisent des tiraillements plus ou moins forts sur les surfaces de section et provoquent nécessairement des douleurs. Du reste, abstraction faite des douleurs, l'alimentation directe doit encore être mise de côté, car à la suite de chaque repas, il reste toujours quelques parcelles alimentaires dans les anfractuosités de la plaie ; ces parties d'aliments pourront ensuite se putréfier et contribuer à la production des accidents infectieux.

Un troisième grief et le plus grave qu'on puisse invoquer contre l'alimentation directe, est la crainte des hémorragies secondaires. Il est facile, en effet, de comprendre que sous l'influence des tiraillements musculaires, les fils à ligature pourront glisser et certains vaisseaux momentanément obli-térés pourront se rouvrir.

Dans certains cas, on a aussi eu recours à l'alimentation *per anum*. Par cette voie on a pu administrer des lavements de bouillon, de lait, de peptones, d'alcool, etc....

Pour que ces lavements puissent être tolérés et ne provoquent pas de catarrhe du gros intestin, on les additionne de quelques gouttes de laudanum. Ces lavements renferment ordinairement 150 à 200 grammes de liquide ; car si leur volume était trop grand, ils provoqueraient immédiatement, par action réflexe, des mouvements d'expulsion.

b) *Asphyxie*. — La mort par asphyxie à la suite des opérations du cancer de la langue, peut tenir à plusieurs causes ; tout d'abord, pendant l'opération, du sang peut avoir coulé

dans la trachée et les bronches en quantité suffisante pour les obstruer en partie et amener la mort.

Au moment où l'on vient de sectionner les génio-glosses et toutes les autres parties qui retiennent la langue en avant, le moignon de langue restant peut avec l'épiglotte se renverser sur l'orifice supérieur du larynx et amener l'asphyxie ; cet accident peut également se produire pendant les premiers jours qui suivent l'opération, malgré la précaution qu'on a de tirer en avant le moignon de langue, par l'intermédiaire d'un fil de soie passé à travers sa substance et fixé sur les arcades dentaires, ou sur tout autre point en avant.

Il est encore une autre cause d'asphyxie immédiate à la suite de l'opération. Si la chaîne des ganglions carotidiens est envahie et qu'on se décide à en pratiquer l'extirpation, comme ces ganglions sont souvent de fois très-adhérents dans la profondeur, on peut léser le pneumogastrique, d'où danger de mort par asphyxie.

Enfin quelques jours après l'opération, à la suite de l'emploi de la ligature lente, il s'est produit dans quelques cas une infiltration oedémateuse de la base de la langue capable d'amener l'asphyxie.

De même après l'emploi du galvano-cautère ou du thermocautère, il peut se produire une réaction violente et une infiltration séreuse d'abord, puis purulente de la base de la langue et des replis glosso-épiglottiques.

Nous avons chemin faisant indiqué les moyens de combattre les dangers d'asphyxie qui se produisent pendant l'opération. S'il s'agit d'une infiltration oedémateuse, on peut faire une petite saignée locale, ou pratiquer des mouchetures sur les replis glosso-épiglottiques ; on associe à ces moyens, s'il y a lieu, un traitement antiphlogistique. Dans les cas d'infiltra-

tion purulente, il faut chercher à donner issue au pus le plus vite possible.

Dans les cas extrêmes, en présence d'une asphyxie menaçante, on est parfaitement autorisé à recourir à la trachéotomie.

c) *Accidents infectieux*. — La plaie résultant de l'extirpation de la langue est une plaie cavitaire, c'est-à-dire dont le foyer communique avec une des grandes cavités du corps. Deux facteurs vont donc ici intervenir, et la plaie se ressentira nécessairement de l'influence bonne ou mauvaise de la cavité.

Très-souvent, la plaie a une forme plus ou moins anfractueuse, et indépendante de l'instrument employé, car, au fond de la cavité buccale, on ne peut pas aller faire une section aussi nette qu'à la surface du corps. Souvent de fois les tissus restés en place sont plus ou moins contus, ont été plus ou moins tirillés. Enfin, la surface de cette plaie, d'une étendue parfois très-considérable, présente un aspect différent, suivant qu'on a employé tel ou tel instrument de diérèse. Si l'on a fait usage des procédés de diérèse sanglante la surface de section très-riche en petits vaisseaux, plus ou moins béants, est une porte ouverte à l'absorption de tous les produits septiques. A-t-on employé au contraire les procédés de diérèse non sanglante, caustiques ou écrasement, tout danger est écarté momentanément, car dans un cas, une eschare bouche l'orifice des vaisseaux ; dans l'autre, leurs parois sont intimement accolées.

C'est au bout de quelques jours seulement que, dans les deux derniers cas, la plaie va ressentir l'influence fâcheuse de la cavité dans laquelle elle est contenue. — « Les suppurations à la surface de la langue, dit Chassaignac, prennent très-rapidement un caractère de putridité qu'explique du

reste la décomposition du pus sous la triple influence d'une température élevée, d'une humidité continue, d'un accès permanent de l'air atmosphérique. » Ajoutez à cela l'influence que peuvent avoir certaines parcelles d'aliments séjournant dans les anfractuosités de la plaie, dans les cas où l'on alimente directement le malade.

Les plaies produites par le galvano-cautère ou le thermo-cautère sont recouvertes d'une eschare plus ou moins épaisse. Cette couche joue vis-à-vis des tissus sous-jacents le même rôle protecteur que la couche de tissus tassés et feutrés, qui recouvre les plaies par écrasement linéaire. « C'est, dit Broca, une sorte de pansement par occlusion qui, pendant les premiers jours soustrait la plaie aux influences extérieures, et l'on conçoit que cette condition soit peu favorable au développement des érysipèles, des phlébites et des infections purulentes. Les procédés de diérèse sanglante paraissent au contraire prédisposer à ces derniers accidents. »

Mais il est un autre accident spécial aux plaies de la cavité buccale et dont la fréquence est encore assez grande ; il s'agit de la pneumonie de déglutition, que nous étudierons plus loin. Elle peut se produire aussi bien après la section faite avec les instruments tranchants, qu'après la section à l'écraseur, au galvano-cautère ou au thermocautère, car sous l'influence de l'humidité et de la chaleur, les eschares se dissolvent et tombent en putrilage. Dans ce cas, la cavité buccale paraît tapissée de fausses membranes, mélangées à du pus ; c'est ce que les Allemands ont appelé la *diphthérie buccale*.

Il est encore une autre complication qui peut se produire à la suite de la diérèse sanglante, comme à la suite de la diérèse non sanglante : c'est l'*infiltration purulente de voisinage* (Chassaignac) qui peut donner lieu à des *phlegmons* plus ou moins vastes *du cou*.

On s'en explique facilement la fréquence, en se rappelant la structure anatomique générale du plancher buccal : les muscles se dirigent les uns en arrière, les autres en bas ; entre ces muscles se trouve du tissu cellulaire lâche. Le pus peut donc facilement filer par ces interstices musculaires, qui lui offrent peu de résistance ; en les suivant, il se rend soit vers les régions latérales du cou, soit vers le pharynx, d'où il peut se diffuser rapidement de tous côtés et venir se collecter en des points plus ou moins éloignés.

Ajoutons encore que l'inflammation peut se propager par voie directe, en suivant les canaux qui sont en communication avec la cavité buccale (conduits salivaires, trompe d'Eustache).

4° *Hémorrhagies secondaires*. — Par hémorrhagies secondaires, on entend celles qui surviennent quelques jours après l'opération, au moment où l'agent d'oblitération temporaire employé (fil à ligature, pince hémostatique, eschare, etc.) est éliminé par l'inflammation.

Si au moment de cette élimination il ne s'est pas formé dans le bout correspondant du vaisseau, un caillot obturateur suffisamment résistant, il se produit une hémorrhagie secondaire ; la non-formation du caillot est due le plus souvent à une cause générale intercurrente, telle que septicémie, pyohémie.

Entre les hémorrhagies primitives, et les secondaires, se trouve un autre groupe : les *hémorrhagies retardées ou intermédiaires*. Après l'opération, un vaisseau, pour une cause ou pour une autre, peut se rétracter plus ou moins ; à son orifice, il peut s'être formé un caillot peu résistant qui, plus tard, cédera à l'impulsion du sang ; ou bien, l'eschare obturante produite par les caustiques, le thermocautère ou le galvanocautère, peut n'être pas assez épaisse ; dans ces di-

verses circonstances, l'hémorrhagie, après un arrêt momentané, peut reparaître de nouveau, quelques heures après l'opération, ou dans les premiers jours qui suivent.

5° *Pneumonie*. — Il est, enfin, un dernier accident infectieux, qui a fait grand bruit en Allemagne et en Angleterre dans ces derniers temps : c'est la pneumonie de déglutition (*Schlukpneumonie*). Skoda, de Vienne, signale déjà, en 1852 la gangrène pulmonaire, née sous l'influence des maladies de la langue.

En 1865, Symes, en Angleterre, trouve des abcès du poumon à l'autopsie de deux de ses opérés du cancer de la langue. Th. Anger, dans sa thèse d'agrégation, en 1872 ; Podrazki, à Vienne, en 1873 ; Schlaeper, à Zurich, en 1878 ; Winivarter, la même année, à Stuttgart ; Arthur Barker, en Angleterre, en 1879 ; Kocher, à Zurich, en 1881, publient, les uns des observations, les autres des statistiques sur ce sujet, pendant que Wœelfler, assistant de Billroth, cherche à en expliquer la production, et indique les moyens à employer pour les prévenir.

Lors de la discussion sur l'épithélioma de la langue, qui eut lieu à la Société de chirurgie de Paris, en 1881, on en vint à parler de cette complication. Després prétendit que les affections pulmonaires constatées n'étaient qu'une forme d'infection purulente. On lui objecta, avec raison, que chez tous les malades, morts ainsi par le poumon, on ne trouve pas d'abcès métastatiques dans les autres organes, ce qui aurait dû être.

Terrier nia toute espèce de relation entre l'opération et la pneumonie. La pneumonie gangréneuse a, selon lui, l'inanition pour cause. On a aussi accusé la compression du pneumogastrique par le cancer, de produire ces accidents ; mais cette compression ne peut avoir lieu qu'exceptionnellement.

Les idées de Th. Anger, des Anglais et des Allemands paraissent plus justes. Ces pneumonies, dit Anger, à la page 56 de sa thèse d'agrégation, procèdent, sans doute, d'une véritable intoxication putride, facile à expliquer par la présence, à l'entrée des voies respiratoires, d'une plaie recouverte de détritus organiques, et de liquides en putréfaction. Du reste, ajoute-t-il, ces pneumonies n'ont rien de spécial au cancer de la langue ; on les observe aussi bien à la suite des affections ulcéreuses et des lésions traumatiques des fosses nasales, du pharynx, des parois de la bouche, en un mot, de tous les points situés à l'entrée des voies respiratoires et digestives.

Schlæper cherche aussi à en expliquer la production. L'opération, par le procédé de Regnoli, paraît aussi y prédisposer ; c'est pourquoi Billroth employa la voie buccale, pour tâcher d'éviter les grands dangers consécutifs à la section du plancher de la bouche.

En effet, quand on fait une extirpation de langue un peu étendue, en employant le procédé sus-hyoïdien à lambeau médian, voici ce qui se passe : on coupe les muscles qui vont de la mâchoire à l'os hyoïde, ainsi que ceux qui vont de l'os hyoïde vers la base du crâne (stylo-hyoïdien, digastrique), et servent à le tirer en haut. L'os hyoïde n'étant plus maintenu, le larynx qui lui est intimement uni, tombe avec lui, attiré par les muscles sterno-hyoïdiens et sterno-thyroïdiens. L'ascension physiologique du larynx qui se produit à chaque mouvement de déglutition, n'est donc plus possible, et l'épiglotte ne vient plus se renverser sur la glotte pour en défendre l'entrée. La déglutition se trouve donc gênée, et les liquides buccaux, rassemblés vers la partie postérieure de la

bouche, s'écoulent plus ou moins facilement vers l'ouverture laryngée, où ils peuvent pénétrer. De là, ces liquides peuvent gagner les bronches et les alvéoles, d'où ils sont rejetés par la toux, et ramenés jusqu'à l'ouverture supérieure du larynx ; mais, comme l'expuition est très difficile, ils ne vont ordinairement pas plus loin et redescendent dans le poumon. Souvent de fois les liquides alimentaires introduits dans l'estomac par la sonde œsophagienne, viennent aussi se mettre de la partie ; ils sont régurgités et peuvent pénétrer dans l'ouverture du larynx

Mais, comme le fait remarquer Woelfler, la section des muscles qui maintiennent l'os hyoïde, n'est pas seule en cause dans la production de la broncho-pneumonie ; il faut aussi tenir compte de la qualité des sécrétions. La broncho-pneumonie s'est produite dans des cas où ces muscles n'avaient pas été coupés ; elle ne se produisit pas, quand les symptômes d'infection de la plaie, tels que phlegmon du cou et diphtérie, firent défaut. « N'y a-t-il par conséquent pas lieu, dit-il, de se demander, malgré soi, si la production de la bronchite capillaire n'a pas un rapport plus étroit avec la production d'une sécrétion infectieuse, qu'avec la section des muscles ci-dessus ? » Pour tâcher d'élucider un peu la question, on a eu recours à l'expérimentation sur les animaux. Winivarter observa la formation de foyers pneumoniques, à la suite d'injection de salive ordinaire, dans la trachée de cobaye, ainsi qu'à la suite d'injection de liquides de macération putride.

L'injection de sang frais n'a produit aucun trouble. On a donc dû chercher, par un traitement approprié, à détruire ces principes septiques, ou bien à empêcher leur absorption par le poumon et la surface de la plaie.

[X] Pansement.

Les différents moyens mis en œuvre pour prévenir les accidents infectieux dont nous venons de parler, varient avec les opérateurs et avec la méthode opératoire employée. On peut les grouper comme suit :

1° Les uns ont pensé que les différents modes de ligature lente ou extemporanée, les caustiques, l'anse galvanique, le thermocautère, pouvaient agir dans ce but. Mais si ces méthodes opératoires peuvent garantir contre les dangers d'infection par la plaie, elles n'ont aucune action sur les diverses sécrétions accumulées dans la bouche, et pouvant pénétrer dans le larynx et les poumons. On a cherché à remédier, autant que possible, à ce dernier inconvénient, en faisant de fréquents lavages de la bouche, avec des solutions antiseptiques.

De même, on peut aussi, après une ablation faite par la bouche, avec le bistouri et les ciseaux, cautériser la surface de la plaie avec le fer rouge ou les caustiques chimiques. Ici encore, les produits de sécrétion peuvent s'écouler dans le larynx et les poumons. Les lavages sont un moyen insuffisant pour combattre ce dernier danger ; car, outre que le lavage renouvelé à chaque instant, trouble le repos du patient, et provoque parfois des douleurs, on comprend que les mucosités et les produits de sécrétion accumulés dans l'arrière-bouche (bien qu'on ait le soin de faire coucher le patient autant que possible sur le côté) seront difficilement entraînés en dehors, par l'injection. D'ailleurs, la nuit, on devra réduire considérablement le nombre des lavages ; car le malade, épuisé par l'opération qu'il vient de subir, a besoin de sommeil.

Il faut donc chercher à obtenir l'évacuation spontanée de la plus grande partie de ces produits de sécrétion, sauf à faire de temps en temps une injection détersive dans la bouche. Quand on a employé un des procédés sus-hyoïdiens, la chose est facile ; on n'a qu'à placer un drain dans l'angle postérieur des incisions, qui correspond au point le plus déclive du plancher buccal. Mais nous verrons que, parmi le procédés sus-hyoïdiens, les uns prétendent des inconvénients qui doivent les faire rejeter, et que les autres ne peuvent être employés que dans certains cas spéciaux.

2^o Billroth, après avoir employé le procédé sus-hyoïdien, et avoir obtenu des résultats assez peu satisfaisants, a, dans ces derniers temps, remis en honneur la méthode d'ablation de la langue, par la bouche, avec les instruments tranchants ; il cautérise ensuite les surfaces de section, et fait le drainage de la cavité buccale. Son but était d'empêcher l'absorption par la plaie, des produits septiques, d'évacuer au dehors les produits de sécrétion, et de prévenir les dangers de la pneumonie par déglutition, dont il avait reconnu la fréquence, à la suite de la section des génio-glosses.

L'opération faite, il cautérisait la surface de la plaie avec du permanganate de potasse pulvérisé, ou bien il la badigeonnait avec une solution très concentrée du même sel (1/2 cuillerée à café de poudre, pour 2 cuillerées à café d'eau). Cette cautérisation, qui est assez douloureuse, doit être faite pendant le sommeil chloroformique.

Pour que la cautérisation soit active, il faut que l'hémotase soit complète, de façon à ce que le permanganate ne soit pas dilué et entraîné par le sang. Le permanganate produit une eschare superficielle et sèche, plus durable que celle au chlorure de zinc ; elle reste de 2 à 4 jours en place. La cauté-

risation ainsi faite ne doit point produire d'inflammation dans les environs de l'eschare, et la pression du doigt contre le plancher buccal, faite par l'extérieur, ne doit pas être douloureuse. Une seule application de poudre suffit ; le lendemain, on se contente de badigeonner la plaie avec la solution concentrée, ce qui se fait sans douleur.

« Dans les cautérisations les plus étendues, dit Wœlfli, il faut toucher très peu, et cela avec une attention toute particulière, la partie de la plaie qui avoisine immédiatement l'épiglotte et les replis ary-épiglottiques ; car, dans un cas, une cautérisation forcée, faite deux jours de suite, produisit une pharyngite et une laryngite. De même, si l'on emploie la solution de permanganate, il faut faire attention qu'il ne s'écoule pas de liquide dans le larynx, comme cela est arrivé une fois, ; il se produisit des accès de suffocation, de la bronchite, de l'œdème, de la glotte, et le malade mourut de broncho-pneumonie. »

Jamais on n'a observé de phénomènes d'intoxication à la suite de l'emploi du permanganate.

Avec ce mode de traitement, on peut se dispenser de ces véritables inondations de solution faible de permanganate, avec lesquelles on tourmente le malade à toute heure. De temps en temps seulement, on lave la bouche avec une solution phéniquée à 10/0, pour entraîner les mucosités épaisses ; pendant le lavage, on fait pencher la tête en avant, pour que le liquide n'aille pas tomber dans le larynx.

Billroth recherchait toujours le meilleur pansement antiseptique à employer après l'amputation de la langue ; car, à son avis, c'est le pansement qui décide du succès : le procédé opératoire ne vient qu'en seconde ligne. Jusque-là, il avait donné ses préférences au permanganate, qu'il abandonna quel-

ques mois plus tard au profit de l'iodoforme. L'application des cristaux de permanganate étant douloureuse, on est forcé de la faire pendant le sommeil chloroformique, ce qui allonge l'opération. De plus, il faut prendre un soin tout particulier, pour ne pas répandre de poudre ou de liquide sur les parties voisines, afin de ne pas produire d'eschares inutiles. L'inflammation produite par la cautérisation peut être très vive ; elle peut se propager aux canaux aériens et digestifs.

De plus, et c'est là le point capital, la cautérisation au permanganate, n'empêche pas la production de la *diphthérie* buccale des Allemands, ni du phlegmon du tissu cellulaire du cou, et ne prévient pas sûrement non plus le développement de la pneumonie.

Tous ces inconvénients sont évités par l'emploi de l'iodoforme, qui donne des résultats très-favorables, comme on peut le voir dans notre statistique. L'opération faite, on recouvre la plaie de gaze iodoformée, qu'on enlève vers le 8^e jour. Le plus souvent, la plaie est en bon état, en ce moment ; et on n'a plus besoin de renouveler le pansement. A la suite de ce pansement, la durée moyenne de la cicatrisation de la plaie a été de 20 jours.

Soit qu'il ait employé la cautérisation au permanganate, soit qu'il ait employé l'iodoforme, Billroth a fait simultanément, dans la plupart des cas, le drainage du plancher buccal. Quand la ligature de la linguale n'avait pas été faite, on traversait le plancher buccal avec un trocart, et on introduisait un drain de la grosseur du doigt. Quand la ligature avait été faite, et qu'on avait enlevé les ganglions, on déchirait la muqueuse du plancher buccal, si elle était encore intacte, et on passait le drain par cette ouverture.

Pour être utile, le drain doit, avant tout, être bien situé. Voici les recommandations que fait Wœlfli, à ce sujet :

« L'extrémité buccale du drain pénétrera jusque vers la partie postérieure de la bouche, près du moignon de langue restant ; ou bien, si la langue a été enlevée complètement, on le placera sur la ligne médiane, dans le point le plus déclive du plancher buccal. »

Son ouverture ne doit pas être placée en regard du pharynx, parce que alors on ne pourrait plus l'utiliser pour les lavages. Dans les premières 24 heures, le drain se déplace facilement, quand même on l'a cousu au bord inférieur de la plaie, comme on doit toujours le faire ; il arrive alors que les parties molles du plancher buccal ou le moignon de la langue viennent boucher son ouverture, et son effet est alors illusoire. On s'assurera donc de temps en temps de sa position ; mais, par précaution, il est bon de placer une épingle de sûreté sur son extrémité buccale. Le drain du plancher fut généralement enlevé du 5^e au 7^e jour. « Le drainage et la cautérisation ainsi faits, dit Woelfler, simplifient la traitement et procurent un cours de blessure très-favorable. »

3^e Kocher admet, comme Billroth, que les produits septiques de la plaie buccale ont une grande importance, dans le développement de la pneumonie par déglutition ; mais il faut, avant tout, qu'il y ait des troubles très-marqués de la déglutition elle-même. C'est ce qui a lieu dans la méthode de Regnoli, Czerny, Billroth, et en général dans toutes les opérations qui attaquent la partie moyenne de la mâchoire inférieure et les muscles qui s'y attachent. De là, la préférence de Kocher pour les procédés d'incision latérale.

Une autre cause que Kocher fait intervenir dans la production de la pneumonie consécutive à l'opération du cancer de la langue, est l'arrivée au poumon d'un air souillé par son passage à travers la bouche. Pour éviter cette cause morbide, il fait la trachéotomie préventive, et fait respirer l'opéré par

une canule, pendant un certain temps. La trachéotomie paraît être à Kocher une opération indispensable. Pour empêcher l'écoulement du sang dans la trachée pendant l'opération, on s'est servi de la canule-tampon de Trendelenbourg, introduite par la plaie de trachéotomie; mais cet instrument paraît difficile à appliquer d'une manière convenable : si on ne gonfle pas assez le ballon, il ne remplit plus son but; si on le gonfle trop, il comprime de dedans en dehors la paroi trachéale; et si la narcose n'est pas complète, il produit par action réflexe, de violents accès de toux et de la dyspnée. Aussi Kocher préfère-t-il généralement l'emploi d'une simple éponge, portée au fond de la bouche, et destinée à recouvrir l'ouverture du larynx, une fois la trachéotomie faite; dans ce cas encore, il faut attendre que le sujet soit complètement endormi, pour introduire l'éponge.

De même, après l'opération, pour empêcher les sécrétions de la plaie et les mucosités de pénétrer dans la trachée, Hofer laisse en place la canule-tampon de Trendelenbourg, pendant un et même plusieurs jours. Mais, comme nous l'avons dit plus haut, si le ballon n'est pas assez tendu, il ne sert à rien, car les sécrétions passent à côté; s'il est trop tendu, il produit des ulcérations et même la gangrène de la muqueuse trachéale, et il se produit une expectoration purulente à travers la canule; dans ce dernier cas, le but est encore manqué. Kocher évite ces inconvénients en plaçant une éponge phéniquée, ou un tampon de gaze imbibée d'acide borique sur l'ouverture supérieure du larynx, et en mettant une canule ordinaire dans la plaie de trachéotomie.

Cette éponge, placée immédiatement sur l'épiglotte, recouvre toute la plaie opératoire jusqu'à ses limites les plus reculées. Toute la bouche est remplie avec de la gaze phéniquée;

la plaie cutanée n'a pas été réunie ; dans l'angle postérieur de la plaie transversale, on a placé un gros drain traversant le plancher buccal, comme dans le procédé de Billroth ; par dessus, on a mis un pansement antiseptique.

Pour alimenter le malade, on introduit, lors du changement de pansement, deux fois par jour, une sonde oesophagienne par la plaie dans l'oesophage. Cette opération se fait sous le brouillard phéniqué, Kocher substitue ainsi d'autres voies de passage aux voies normales aboutissant à la trachée et à l'oesophage ; ce qui lui permet de faire un pansement ouvert, mais aussi antiseptique que possible, de la plaie buccale.

Barker a été guidé, dans sa manière de faire, par les mêmes idées que Kocher. « Autrefois, dit le chirurgien anglais, on expliquait l'intervention de la pneumonie chez les opérés de la langue, en disant que le patient s'était refroidi. » Mais d'après lui, cela résulte de ce que le patient n'a pas assez d'air pur à respirer. L'air qui a passé sur la plaie buccale se charge de miasmes, et va d'abord irriter les poumons, qui plus tard s'enflammeront ; et il se produira ainsi une pneumonie avec gangrène et abcès. « Car il est de fait, dit Barker, que l'haleine fétide de ces malades peut avoir de sérieux inconvénients même chez les personnes qui les entourent ; et plusieurs fois, des chirurgiens et des gardes-malades se sont trouvés incommodés, en restant quelque temps auprès d'eux. » Pour procurer de l'air pur à ses opérés, il a employé deux moyens : tantôt il se bornait à faire respirer ses opérés par le nez pendant un certain temps. Tant que la respiration se fait par la canule, le nez et la bouche sont fermés par une cravate nouée derrière la tête.

Pour enlever les liquides qui viennent baigner la plaie

buccale, Barker place à la partie déclive de la bouche un tube en argent traversant le plancher ; au bout inférieur de ce premier tube, il en adapte un second en caoutchouc, ayant une grande longueur et se rendant dans un vase contenant une solution phéniquée. Pour empêcher le tube d'argent de se déplacer, un de ses aides a imaginé de le soutenir avec une petite bandelette plâtrée, placée sous le menton. Il lave de temps en temps la cavité buccale avec de l'eau glacée et de la liqueur de Condry.

Il nourrit le malade en lui faisant prendre chaque 6 heures du lait glacé, par la bouche ; mais, en ce moment, il place sur le tube en caoutchouc une pince à forcipressure, de façon à empêcher le liquide de sortir par cette voie.

RÉSULTATS ÉLOIGNÉS.

1^o Etat de la voix, de la mastication, de la déglutition, etc...

Dans ce paragraphe, nous devrions chercher à montrer que l'amputation totale ou partielle de la langue n'a pas une influence trop fâcheuse sur l'exercice ultérieur de la parole et de la mastication. Mais c'est là une question qui nous paraît être complètement élucidée aujourd'hui, et résolue dans un sens favorable. Schlæpfer a fait des recherches à ce sujet pour les amputations totales ; et les résultats qu'il a obtenus pour ces dernières peuvent, à plus forte raison, être appliquées aux amputations partielles.

Dans tous les cas qu'il a rapportés à ce point de vue, il est dit que le malade parlait d'une façon assez compréhensible après l'opération, et, en tous cas, mieux que quand il portait dans la bouche une langue volumineuse, douloureuse et inerte.

L'exercice ultérieur de la mastication et de la déglutition n'est pas non plus trop gêné ; les malades sont obligés de se nourrir d'aliments liquides ou demi-solides dans les premiers temps mais, peu à peu, certains d'entre eux peuvent parfaitement arriver à prendre des aliments solides sans trop de peine. On comprend parfaitement, du reste, que tout cela dépend de la plus ou moins grande étendue de langue qu'on a enlevée. Mais à supposer même que l'individu ne puisse jamais prendre par la suite que des aliments liquides ou demi-solides, le mal ne serait pas bien grand, puisque avant l'opération il se trouvait dans le même cas. L'opération n'aura pas aggravé son état, bien au contraire, puisque, sauf dans de rares exceptions, elle l'aura délivré des douleurs et de la salivation incessante qui lui rendaient la vie insupportable.

Nous devrions également rechercher ici ce que devient la fonction du goût, après l'ablation de la langue. Jusqu'ici les chirurgiens se sont peu occupés de cette question, et n'en disent rien dans leurs observations.

Si, comme le prétendent certains observateurs, la sensibilité gustative n'existe pas seulement sur la face dorsale de la langue, mais aussi sur la face inférieure du voile du palais, la luette et les piliers antérieurs, on comprend que les malades qui ont subi l'amputation complète de la langue n'en soient pas privés : mais il n'y a rien de prouvé à ce sujet.

Quant à l'aspect plus ou moins régulier qu'offre la cavité buccale après l'opération, c'est là un point d'une importance tout à fait secondaire ; car mieux vaut assurément vivre avec une bouche plus ou moins belle, et une ou deux cicatrices sur la face, que de ne pas vivre.

Disons simplement que l'excavation que l'on constate sur le plancher de la bouche, les premiers jours qui suivent une extir-

pation de langue, se trouve assez rapidement comblée par des bourgeons charnus, qui plus tard se transforment en tissus fibreux.

2^o Récidive du cancer.

« Je crois, dit Chassaignac, qu'il serait utile d'établir une enquête sérieuse sur la durée moyenne de la guérison, après l'ablation du cancer de la langue. Ces recherches auraient, sans doute, pour résultat de faire renoncer à ces sortes d'opérations moins aisément qu'on ne le fait, quand on craint une récidive immédiate. » (*Opérations chirurgicales*, t. II, p. 504).

Nous nous efforcerons de répondre au vœu de M. Chassaignac, autant que nous le permettront les observations que nous avons à notre disposition. Mais avant de comparer le nombre des récidives et des non-récidives qui se produisent après l'opération, voyons d'abord où et sous quelle forme se montrent les récidives.

Lorsqu'un malade, opéré du cancer de la langue depuis plus ou moins longtemps, vient de nouveau se présenter à votre observation, comment devez-vous vous y prendre, pour vous assurer si le néoplasme a, oui ou non, récidivé ?

Il faudra d'abord examiner la surface de la cicatrice pour voir si elle ne présente pas quelques bourgeons de néoformation spécifiques ; palper ensuite le moignon de langue restant, et y rechercher des noyaux d'induration. On contrôlera ensuite le plancher buccal pour s'assurer s'il présente sa souplesse normale ; car c'est dans son épaisseur que passent les lymphatiques intermédiaires à la la langue et aux ganglions, lymphatiques qui peuvent être le point de départ d'une récidive.

Mais le lieu d'élection de beaucoup le plus fréquent de la récidue, se trouve dans les ganglions.

Nous allons emprunter au traité d'anatomie de Sappey la description des lymphatiques de la langue et des ganglions auxquels ils se rendent. « Les réseaux étalés sur la face dorsale en occupent la partie moyenne. Ils atteignent leur plus haut degré de développement au niveau des papilles caliciformes, qui semblent établir leurs limites en arrière ; de là, le réseau va, en s'effaçant graduellement de la partie postérieure à la partie antérieure de la membrane gustative. Les troncs lymphatiques qui proviennent du plexus dorsal, se dirigent les uns en arrière, les autres en avant.

« Les postérieurs sont ordinairement au nombre de quatre.

« Deux prennent naissance au voisinage du trou borgne, descendent parallèlement en suivant le plan médian, divergent au devant de l'épiglotte, et perforent la membrane thyroïdienne pour se jeter dans un ganglion situé au devant de la veine jugulaire interne, sur les côtés du cartilage. — Les deux autres sont très rapprochés des amygdales et des bords de la langue. Après avoir traversé le constricteur supérieur du pharynx, ils vont se ramifier dans un ganglion placé immédiatement au-dessus du précédent.

« Les antérieurs ne rampent pas sous la muqueuse ; il se détachent à angle droit de cette membrane, plongent aussitôt dans le tissu musculaire, et apparaissent ensuite sur la face inférieure de la langue.

« Parmi ces vaisseaux, ceux dont l'origine est très rapprochée de la pointe de l'organe, s'adossent l'un à l'autre, après l'avoir traversée de haut en bas, deviennent sous-muqueux, suivent d'abord l'interstice des deux génio-glosses, deviennent ensuite sous-jacents à la glande sublinguale, puis traversent le mylo-

hyoïdien, afin de se rendre à un ganglion qui répond à la grande corne de l'os hyoïde. Les autres troncs, émanés de la partie antérieure du réseau dorsal, traversent l'hyoglosse un peu au-dessus de son insertion à l'os hyoïde, puis se jettent dans un ou deux ganglions placés sur les côtés du cartilage thyroïde.

« Les réseaux qui recouvrent les parties latérales de la langue émettent dix à douze troncules, qui descendent dans les sillons des muscles styloglosses et lingual inférieur, où ils se réunissent pour former, de chaque côté, deux ou trois troncs. Ceux-ci, après avoir traversé le constricteur supérieur du pharynx, se terminent dans les ganglions situés au voisinage de la glande sous-maxillaire. »

La récurrence doit donc être recherchée : 1° dans la cicatrice ; 2° dans le plancher buccal ; 3° dans les ganglions ; 4° à distance, c'est-à-dire dans une partie du corps qui n'est pas en communication directe avec l'organe primitivement malade ; c'est la récurrence par généralisation, qui est propre au carcinome. Nous n'avons pas à nous occuper beaucoup ici de cette dernière forme, car les cancers de la langue, comme l'a montré Th. Anger, sont, on pourrait dire, presque exclusivement des épithélioma ; « or, l'épithélioma, dit le même auteur, ne comporte pas cette dernière forme de récurrence. »

Heurteaux est du même avis ; et après tout, ajoute-t-il, « cette forme de récurrence existerait-elle réellement, elle serait en tous cas, excessivement rare. »

Nous ne voulons pas dire que plusieurs tumeurs épithéliales ne puissent siéger simultanément en des régions différentes ; mais les différentes tumeurs, dans ce cas, ne dépendent pas l'une de l'autre ; l'une d'entre elles n'a pas fourni la graine qui, transportée plus ou moins loin par les vaisseaux, a ensuite fructifié et a été le point de départ des autres.

Comment se produit la récurrence de l'épithélioma? C'est là une de ces questions fondamentales, dont une solution exacte serait à désirer. Si on connaissait, en effet, le pourquoi de la récurrence dans chaque cas, on tâcherait, autant que possible, de s'y opposer par des moyens de traitement spéciaux.

La récurrence, dans la cicatrice ou ses environs, tient ordinairement à ce qu'on n'a pas enlevé toute la tumeur. La plupart des fibres musculaires de la langue, dirigées d'avant en arrière et séparées par un tissu cellulaire assez lâche, sont admirablement disposées pour permettre à un épithélioma développé, vers la partie moyenne par exemple, d'envoyer un prolongement imperceptible au toucher jusque dans les parois du pharynx. On enlève la tumeur à quelques centimètres en arrière des limites probables de l'induration; puis, quelque temps après l'opération, parfois même avant l'entière cicatrisation de la plaie, il se produit une récurrence; c'est là un fait de récurrence locale par continuation. Souvent de fois, nous sommes avertis de l'imminence de ces récurrences; en examinant au microscope la tumeur enlevée, nous voyons que la ligne de section a porté en un point du tissu malade, et que par conséquent, quelques cellules du néoplasme sont restées dans la plaie.

C'est dans ces cas qu'on peut, avec avantage, plonger à plusieurs reprises le couteau du thermocautère dans le moignon de langue restant.

Il y aurait donc avantage à avoir un microscope dans les salles d'opération et à examiner la tumeur séance tenante.

La récurrence dans le plancher buccal tient à ce que, au moment de l'opération, les vaisseaux lymphatiques étaient déjà envahis par quelques cellules épithéliomateuses, alors que, par le toucher, on n'avait pu constater aucune induration ap-

parente de la région ; c'est encore là un cas de récurrence par continuation, mais à distance.

De même les ganglions, quoique imperceptibles au toucher, et manifestement non indurés, peuvent déjà être infectés ; on enlève la tumeur sans s'en occuper ; puis, au bout de peu de temps, le patient vient vous montrer un cou tuméfié et déformé par des ganglions qui ont pris un accroissement rapide ; ici, nous avons affaire encore à la récurrence par continuation à distance.

Nous ne reparlerons plus de la récurrence par généralisation qui est propre au cancer ; mais il nous reste une autre forme de récurrence à envisager : c'est la récurrence par repullulation, qui peut se produire au bout de six mois, un an ou plusieurs années.

Il s'agissait, par exemple, d'un petit cancer de la pointe de la langue, récent et bien limité, sans engorgement ganglionnaire. Tout a été bel et bien enlevé par l'opération ; car, si on avait laissé en place des cellules cancéreuses, elles n'auraient pas dormi pendant aussi longtemps. C'est une nouvelle tumeur, qui se produit dans les conditions où s'est produit la tumeur primitive ; elle en a, du reste, la constitution anatomique et la marche clinique. Mais il n'y a entre ces deux tumeurs qu'une liaison indirecte ; ce sont deux manifestations isolées d'une même diathèse.

Une question très importante, laissée dans l'ombre jusqu'alors et sur laquelle on ne trouve aucune indication dans les observations, est l'étude de la forme des cellules au point de vue de la récurrence.

« Une grande irrégularité de forme des cellules épithéliomateuses peut faire annoncer, à peu près sûrement, une récurrence prompte. J'ai noté, avec un soin tout particulier, trois observations de ce genre, où la disposition en question avait

pris des dimensions peu ordinaires. Eh bien, chez ces trois individus, la rapidité de la récive et de la marche de la maladie a été très prompte.

J'ai sous les yeux, en ce moment, un de ces malades atteint d'une tumeur ulcérée du frein de la langue, avec ganglions sous-maxillaires et carotidiens gauches. Cinq semaines après l'opération, la tumeur avait repris son volume primitif, puis elle envahit rapidement le maxillaire inférieur. (Michel; *Mémoires de l'Académie de méd.*, t. 21, 1857, p. 363).

Curieux de savoir si les auteurs avaient émis des idées analogues à celles de Michel, nous avons fait des recherches à ce sujet dans les différents travaux publiés, et nous n'avons rien trouvé. La plupart du temps, les chirurgiens se contentent de rechercher si la tumeur enlevée était un épithélioma ou une tumeur syphilitique, sans prendre la peine d'aller plus loin. — Un examen minutieux de la forme des cellules, aurait cependant une certaine importance au point de vue du pronostic. Sans entrer ici dans des discussions anatomo-pathologiques qui seraient déplacées, sans rechercher si l'épithélioma n'est qu'un degré de carcinome, comme certains histologistes actuels le prétendent, nous pouvons dire qu'il en est probablement de l'épithélioma comme du carcinome et du sarcome.

On sait que les différents sarcomes récidivent plus ou moins facilement, selon la forme des cellules qui les constituent; de même les carcinomes ont une malignité plus ou moins grande, suivant que la prépondérance du tissu épithélial sur le tissu fibreux est plus ou moins marquée et aussi suivant la forme des cellules que renferment les alvéoles.

Pourquoi la forme des cellules de l'épithélioma n'aurait-elle pas la même importance? C'est là une question laissée dans l'ombre jusqu'ici, et sur laquelle nous appelons l'attention des chirurgiens.

ANALYSE DES OBSERVATIONS

I. — MÉTHODES D'ABLATION PAR L'ORIFICE BUCCAL.

A) ABLATION AVEC LE BISTOURI. — Nous avons rassemblé 25 cas d'ablation de cancer de la langue avec le bistouri, par l'orifice buccal. Dans tous ces cas, l'amputation fut faite en avant du V lingual ; on employa l'un ou l'autre des procédés que nous avons décrits.

On arrêta l'hémorrhagie en faisant la suture immédiate de la plaie dans 6 cas (1, 2, 15, 21, 22, 23) ; dans un cas, on sutura aussi la plaie, mais on fit préalablement la ligature d'une artère (17). Dans un cas, on lia deux artères (5) ; dans deux cas, on lia les artères, puis on arrêta l'hémorrhagie en nappe par la cautérisation au fer rouge (11, 20) ; dans un cas, on appliqua le fer rouge seul (12) ; dans un autre cas, on cautérisa avec le nitrate acide de mercure (7). 6 fois, l'hémorrhagie s'arrêta d'elle-même, ou par l'emploi de moyens anodins (glace, eau fraîche) (3, 4, 6, 14, 18, 19) Dans 5 observations, on ne dit rien de l'hémorrhagie.

Dans deux cas, il se produisit des hémorrhagies intermédiaires ; dans un cas, le soir même de l'opération (1) ; on l'arrêta par un tamponnement au perchlorure de fer. Dans l'autre cas (20), ce fut le lendemain de l'opération ; on l'arrêta par une ligature.

Dans aucun cas, on ne trouve indiqué l'emploi d'un pansement spécial.

La réunion se fit par première intention dans 6 cas (1, 2, 15, 21, 22, 23) ; dans 2 cas, elle mit 3 semaines à se faire (10, 20) ; dans un autre, 5 semaines (4) ; 3 fois, la guérison opératoire est indiquée sans date (3, 5, 11) ; 1 fois, on ne parle pas de l'issue, bonne ou mauvaise (18).

1 des opérés mourut de pneumonie le 11^e jour (6) ; un autre, de pyémie au bout de 8 semaines (14). Dans 10 cas, la récurrence est indiquée : elle apparut, dans deux cas, avant la cicatrisation de la plaie (12, 24) ; dans les autres, 1 fois au bout de 1 mois (7), 2 fois au bout de 3 mois (8, 13) ; deux fois au bout de 4, et une fois au bout de 6 mois (17, 23, 9) ; 1 fois au bout de 1 an (24') dans un cas, le temps n'est pas indiqué (16). — 4 fois, la récurrence se fit sur place (7, 12, 17, 24') ; 3 fois, dans les ganglions (9, 13, 23) ; 2 fois sur place et dans les ganglions, en même temps (8, 24') ; 1 fois le lieu n'est pas noté (16). — 3 fois on opéra la récurrence (7, 13, 17) ; 1 fois elle fut inopérable (23) ; 3 fois elle amena la mort (8, 9, 16) ; 1 fois, on ne dit pas ce qu'il advint (12).

Le succès thérapeutique persista dans 3 cas : dans 1 de ces cas, le temps n'est pas déterminé (19) ; dans les deux autres cas, il n'y avait pas de récurrence au 3^e mois (1) ; et au 10^e mois, (4).

B) ABLATION AVEC LES CISEAUX. — 1^o *Procédé simple*. — Dans les 29 observations que nous avons réunies, il s'agit d'ablation partielle de la langue. — Dans 13 de ces cas (13, 16, 17, 18, 19, 20, 22, 24, 25, 26, 27, 28, 29), le plancher buccal était envahi sur une plus ou moins grande étendue, et dut être enlevé ; dans un cas où la gencive était envahie (20), on fit la résection du bord alvéolaire. — 5 fois, on avait

constaté, par le toucher, des ganglions augmentés de volume : dans 1 cas, on les enleva en même temps que la langue (20) ; dans deux autres cas, on les enleva quelques jours plus tard (18, 19) ; dans 2 cas (17, 27), il n'est pas dit ce qu'on en fit.

Il se produisit nécessairement chaque fois une hémorrhagie primitive ; seulement, elle fut plus ou moins forte : dans un cas, on fit l'excision cunéiforme et la suture (21) ; une fois, on lia les artères au fur à mesure de leur section (9) ; 12 fois, on les lia consécutivement (2, 10, 12, 13, 14, 15, 16, 19, 20, 26, 27, 29), et dans 1 de ces derniers cas, on arrêta l'hémorrhagie en nappe par le fer rouge (2), et dans trois, par la compression (12, 26, 27). On employa le fer rouge seul dans 5 cas (1, 5, 6, 7, 8) ; on se contenta de la glace et de l'eau fraîche dans 2 cas (3, 4) ; dans 8 cas, on n'indique pas le moyen employé (11, 17, 18, 22, 23, 24, 25, 28). — Il se produisit des hémorrhagies intermédiaires dans 4 cas (9, 17, 22, 24) ; dans un de ces cas, on fit la torsion de deux artères (9) ; dans un autre, on laissa une pince hémostatique à demeure (22). — Dans un cas, il se produisit une hémorrhagie secondaire forte le 12^e jour (25), et dans un autre cas, la deuxième semaine.

Dans 7 cas, on cautérisa la plaie avec des cristaux de permanganate de potasse (12, 18, 19, 22, 23, 24, 25) ; dans 4 cas, on se contenta de lavages avec une solution étendue de permanganate (10, 11, 16, 21). Dans 4 cas, on fit un pansement iodoformé (26, 27, 28, 29). On fit le drainage du plancher buccal dans 3 cas (16, 20, 25).

La guérison opératoire est indiquée dans 3 cas sans date (8, 15, 13). La date de la guérison est indiquée dans 18 cas : une fois, elle eut lieu le 7^e jour (10) ; 4 fois le 8^e (2, 18, 21, 29) ; une fois le 10^e (18) ; 2 fois le 11^e (11, 26) ; 2 fois le 12^e

(4, 22) ; une fois le 13^e (20) ; une fois le 14^e (12) ; une fois le 15^e (9) ; 2 fois le 16^e (14, 27) ; une fois le 18^e (2). Une fois, elle n'eut lieu qu'au bout de 4 semaines (16), et une fois au bout de 4 mois (1).

Il y eut 4 cas de mort à la suite de l'opération : 1 mourut le lendemain de l'opération, d'infiltration purulente phlegmo-neuse ; on lui fit en vain la trachéotomie (17) ; un mourut d'infiltration purulente le 8^e jour (24) ; un de pyémie le 20^e jour (3), et un de pneumonie la 3^e semaine (25).

La récurrence eut lieu dans 14 cas : 8 fois elle se fit dans les ganglions (1, 5, 6, 7, 11, 14, 18, 19) ; 4 fois elle fut locale (2, 4, 12, 13) ; 2 fois locale et ganglionnaire à la fois (15, 16). La récurrence se produisit la 7^e semaine dans 1 cas (2) ; le 3^e mois dans 2 cas (6, 11) ; le 4^e mois dans 2 cas (7, 18) ; le 5^e mois dans 2 cas (1, 16) ; le 6^e mois dans 1 cas (4) ; le 7^e mois dans 1 cas (14) : au bout de 1 an dans 2 cas ; au bout de 2 ans dans 1 cas (12) ; sans date dans 2 cas (5, 19). 8 fois la récurrence amena la mort par elle-même, ou par un accident survenu à la suite de son opération (5, 6, 7, 11, 14, 15, 16, 18) ; 1 fois on l'opéra avec succès (4) ; 5 fois elle fut ou non opérée une première fois ; en tout cas, elle continua à se développer (1, 2, 12, 13, 19).

Dans un cas, il n'y avait point de récurrence après 4 mois (23) et dans un autre après 3 ans (10). Dans une autre cas il n'y avait point de récurrence après 4 mois, époque où le malade mourut de mort subite (9).

2^o Procédé de Whitehead.

Sur 8 opérations par la méthode de Whitehead, il y eut 5 amputations partielles (4, 5, 6, 7, 8) et 3 totales (1, 2, 3). Trois fois il y avait des ganglions, (1, 3, 4), on les enleva dans un cas (1). L'hémorrhagie fut légère dans les cas (1, 5, 6),

abondante dans les cas (1, 2, 7). Comme moyens hémostatiques, on employa la ligature dans les cas (1, 2, 5, 7), la torsion dans un cas (8). Pour arrêter l'hémorrhagie en nappe on employa une fois l'eau glacée (7) et une fois le perchlorure de fer (2).

Comme pansement ont fit une fois des lavages et des inhalations antiseptiques (6) une fois, on fit le drainage du plancher (1).

L'alimentation se fit *per anum* pendant 3 jours dans un cas (6); on employa la sonde oesphagienne dans 2 cas (2,7).

La guérison eut lieu le 5^e jour (4), le 12^e jour (5), le 32^e jour (3); au bout de trois semaines (2).

La mort eut lieu par septicémie le (4^e jour) dans un cas (1); par pyémie le 6^e jour dans un autre cas (7).

La récidive proprement dite n'est indiquée dans aucun cas; dans deux cas où l'on avait laissée en place des ganglions déjà envahis (3,4), ils continuèrent à augmenter de volume, suppurèrent et amenèrent la mort au bout de 15 mois (3).

3^e Procédé de Billroth.

La ligature de la linguale d'un seul côté fut faite dans 25 cas, dont 10 opérés par Billroth et rapportés par Woelfer; des deux côtés, elle fut faite dans 24 cas, dont 15 appartiennent à Billroth.

A la suite de la ligature d'une seule linguale, on eut une hémorrhagie dans 8 cas; 1 fois l'hémorrhagie primitive très-abondante fut due à ce que l'on avait lié primitivement la veine linguale au lieu de l'artère (1); dans les autres cas, l'hémorrhagie primitive était fournie 2 fois par des artères du plancher buccal, dont on fit la ligature (38,45); 2 fois par des vaisseaux venant de la moitié de la langue restée en place;

on les lia également ou on en fit la torsion (36,40); dans un cas, elle résulta de l'excision du pilier du voile, et fut arrêtée par le compresseur amygdalien de Péan laissé en place jusqu'au soir (4). — Il y eut un cas d'hémorrhagie intermédiaire qu'on arrêta par la torsion de l'artère linguale (25). — Il se produisit également un cas d'hémorrhagie secondaire, mortelle le 7^e jour (4).

Il se produisit 4 cas d'hémorrhagie primitive après la ligature double. Dans un cas elle était fournie par de petits vaisseaux de la langue qu'on lia (37); dans un autre cas où elle avait la même origine, on l'arrêta par le thermocautère (12); dans le 3^e cas une petite hémorrhagie venant du voisinage des amygdales fut également arrêtée par le cautère; dans le 4^e cas, enfin l'hémorrhagie fut plus importante; en enlevant la langue très largement, on coupa les linguales au-delà des ligatures préventives qu'on avait faites; on dut les lier de nouveau dans la plaie, ce qui fut difficile (42).

Les cas d'ablation d'une moitié ou de toute la largeur de la langue sont dans le même rapport que les cas de ligature unilatérale ou bilatérale des linguales.

On enleva une partie plus ou moins grande du plancher buccal dans 18 cas (6, 11, 17, 22, 24, 25, 27, 31, 32, 35, 36, 38, 39, 40, 42, 44, 45, 47).

Les piliers du voile et les amygdales furent enlevés partiellement dans 4 cas (5, 39, 41, 44).

21 fois on enleva des ganglions engorgés (6, 11, 14, 20, 22, 24, 25, 27, 28, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 38, 40, 42, 43, 47).

Comme pansement on fit le drainage dans 25 cas (15, 16, 17, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 38, 42, 43, 44, 74); la cautérisation seule dans deux

cas (18, 19), et associée au drainage dans 17 cas (15, 16, 17, 20, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 34, 35).

Le pansement à l'iodoforme fut utilisé dans 13 cas (2, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47)

Dans 5 cas, on trouve noté l'emploi de la sonde œsophagienne (36, 37, 38, 42, 47).

La guérison opératoire eut lieu dans 42 cas ; dans 13 cas elle se fit dans les 15 premiers jours (8, 13, 14, 16, 19, 20, 23, 25, 39, 41, 43, 45, 46) ; dans 15 cas, du 15^e au 30^e jour (17, 21, 22, 24, 27, 28, 30, 31, 33, 34, 35, 36, 38, 40, 47) ; dans 6 cas, au-delà du 30^e jour (18, 29, 37, 42, 44, 47) ; dans 8 cas, on ne dit pas la durée (2, 3, 5, 6, 7, 7', 7'', 15).

La mort, à la suite de l'opération, eut lieu dans 7 cas ; une fois deux jours après et sans cause connue (27) ; une fois de septicémie le 2^e jour (1) ; une fois de pyohémie le 11^e jour (10) ; 2 fois de pneumonie septique, le 4^e et le 6^e jour (26, 12) ; une fois de pneumonie caustique (32) : une fois par hémorragie, le 7^e jour (4).

Comme autres accidents consécutifs à l'opération, on eut, dans un cas, une parotidite double (15) ; dans un autre cas où l'on avait réséqué une partie du bord alvéolaire, il s'est produit une légère nécrose consécutive.

Dans un cas, à la suite d'ablation de ganglions récidivés, il se produisit un érysipèle mortel (19).

La récurrence eut lieu dans 13 cas : une fois elle succéda rapidement à une ablation incomplète de la tumeur (11) ; dans deux autres cas de récurrence également locale, la mort survint, une fois après 7 mois (15) ; dans l'autre cas, la date n'est pas indiquée (30). — Il y eut récurrence ganglionnaire dans 5 cas : dans un de ces cas, la mort survint 17 mois après l'opération (16) ; dans un autre cas, elle survint au bout de 3 mois et fut inopérable ; dans 3 cas, elle se montra au bout de 4 ans

(17), de 2 ans et demi (23, de 3 mois (23) ; on l'opéra dans les 3 cas, et le dernier malade mourut d'érysipèle.

Dans 6 cas, le siège n'est pas indiqué : elle survint une fois au bout de 2 mois (5) ; deux fois au bout d'un an (7, 7') ; 3 fois on indique la mort comme terminaison, un cas sans date (21), un cas après 7 mois (29), et un cas après 1 an (20).

Dans 5 cas, il n'y avait pas de récurrence : 2 fois au bout de 3 mois (6, 13), une fois après un an (31), une fois au bout de 3 ans (28), et une fois au bout de 4 ans (3).

C) ABLATION PAR LES CAUSTIQUES. — Nous n'avons rapporté que deux cas : un de Maisonneuve (2), l'autre de Girouard (1). Maisonneuve enleva toute la langue, Girouard une partie seulement ; ils employèrent tous deux les flèches au chlorure de zinc. L'hémorrhagie fut insignifiante et n'eut lieu qu'au moment où, avec le bistouri, on perçait le trou destiné à recevoir la flèche. Maisonneuve fit un pansement à la charpie et alimenta son malade avec la sonde œsophagienne ; Girouard nourrit le sien avec une théière à long bec. Les eschares tombèrent le 10^e jour dans le cas de Maisonneuve, le 38^e jour seulement dans celui de Girouard.

Dans le cas de Girouard, il y eut, consécutivement à l'opération, un petit accident, une eschare, bouchant l'orifice du conduit de Wharton ; il se produisit de la rétention salivaire dans la glande sous-maxillaire ; cet accident se traduisit par un gonflement pâteux et indolent sous le menton, qui disparut au bout de quelques jours.

On ne dit pas s'il y a eu, oui ou non, récurrence.

D) LIGATURE LENTE. — Sur les 20 observations de ligature lente que nous avons réunies, il y en a 10 qui ont trait à alil(-gature simple, et 10 à la ligature élastique.

Dans tous les cas de ligature simple, sauf un (14), on ne fit que des ablations partielles.

Quand on traverse la langue avec les aiguilles destinées à passer les fils, il y a toujours un peu de sang qui s'écoule ; dans deux cas seulement, cet écoulement paraît avoir été plus abondant que de coutume (1, 12), on l'arrêta facilement avec de l'eau froide. — Dans le cas (1), il se produisit une hémorrhagie intermédiaire deux jours après l'opération ; elle fut arrêtée par tamponnement : il s'en produisit une nouvelle le lendemain. — Dans le cas (13), c'est une hémorrhagie secondaire qui se produisit à la chute d'un des fils ; on l'arrêta en faisant une ligature artérielle.

On ne mit en usage aucun pansement spécial.

Les fils tombèrent le 5^e et 6^e jour dans les cas (12, 18), le 7^e jour dans le cas (14) ; dans le cas (13), un des fils tomba 12 heure après sa pose et occasionna une hémorrhagie, l'autre tomba le 8^e jour.

Ils tombèrent le 9^e jour (15) ; le 10^e (17) ; le 20^e (16).

L'opération causa la mort dans deux cas : un des opérés mourut d'épuisement le 6^e jour (1) ; un autre, d'infection purulente le 15^e jour (19).

Dans un cas (13), le 12^e jour, apparut dans le plancher de la bouche une récidue qui marcha rapidement.

Dans un cas, la ligature élastique a été appliquée à l'amputation totale de la langue ; dans tous les autres, il ne s'agit que d'ablations partielles.

Il n'y eut pas d'hémorrhagie primitive ; dans un cas, il se produisit une hémorrhagie secondaire d'intensité moyenne, le 7^e jour ; on l'arrêta par l'application d'un morceau d'amadou.

La douleur n'a été bien forte dans aucun des cas où l'on en parle ; elle dura le plus souvent quelques heures, rarement quelques jours.

La langue se tuméfia dans 3 cas (4, 9, 10); le plancher buccal, une fois légèrement (8); 2 fois fortement (8', 3). Dans certains des cas, il y eut par moments une gêne assez prononcée du côté de la respiration et de la déglutition.

La section des tissus fut terminée, une fois le 7^e jour (8'), 3 fois le 10^e jour (8, 7, 4,) 4 fois le 11^e jour (6, 9, 10, 11); une fois elle fut lente, sans qu'on dise combien de temps elle dura (6) et une fois on n'en parle pas (3).

Dans deux cas, la récurrence eut lieu sur place, après 4 mois (8) et après 10 mois (3); dans un cas, elle se fit dans les ganglions après 10 mois (7). Dans les autres cas, on ne dit pas ce qu'il en est sous ce rapport.

Dans le cas (2), que nous avons rangé dans la ligature lente, Chassaignac fit une ligature hémostatique de la moitié de la langue, puis sectionna en avant de la ligature. Un des muscles se rétractant en godet, entraîna avec lui une artère qu'on ne peut lier. Hémorrhagie abondante le soir, arrêtée par un fragment de glace appliqué sur le vaisseau.

E) ABLATION AVEC L'ÉCRASEUR. — Nous avons 48 cas d'ablation avec l'écraseur par l'orifice buccal, qui se décomposent en 19 cas d'extirpation partielle, et 25 cas d'extirpation totale.

Dans 6 cas, on trouve indiqué la présence de ganglions; dans un seul cas, on les enleva (10).

Qu'on fit l'ablation partielle ou l'ablation totale, la section vertico-transversale de la base de la langue fut toujours faite avec l'écraseur. La section horizontale destinée à séparer la langue du plancher buccal, fut également, dans tous les cas où l'on donne des indications à ce sujet, faite avec l'écraseur, sauf dans 5 cas (35, 36, 37, 42, 43), où l'on employa les ciseaux.

L'absence de dents sur le maxillaire inférieur permit, dans

un cas (24), d'enlever toute la langue par une seule section horizontale.

Quant à la section verticale antéro-postérieure, nécessaire quand on fait l'ablation d'une moitié seulement, dans un cas elle fut faite avec l'écraseur (26); et dans les 9 cas de Backer, avec le bistouri. Pour les autres cas, on ne donne pas d'indications.

L'hémorrhagie fut nulle, au moment de l'opération dans 11 cas (13, 14, 15, 28, 31, 34, 35, 38, 39, 42, 43); faible dans 9 cas (2, 13, 18, 26, 27, 32, 36, 37, 44) et arrêtée facilement; plus importante dans 7 cas, on fut obligé de faire des ligatures (11, 21, 22, 24, 30, 33). — Dans un cas (1), il y eut une hémorrhagie secondaire le 5^e jour, arrêtée par la glace.

On ne trouve rien de spécial relaté au point de vue du pansement. Dans un cas, on cautérisa la plaie avec du chlorure de zinc (22); dans un autre, avec le fer rouge et l'acide sulfurique (32); dans un autre, on fit des applications caustiques (33); dans deux autres enfin (38, 41), on fit des cautérisations répétées avec le galvanocautère et le thermocautère. Dans un cas, pour éviter la douleur pendant l'opération qu'on faisait sans chloroforme, on fit la section préventive du nerf lingual par la bouche (25).

Ici nous trouvons une complication qui mérite d'être signalée. Dans le cas de Desprès (24), le canal de Wharton ayant été sectionné avec l'écraseur en même temps que les parties voisines, il se produisit le lendemain de l'opération une adénite salivaire franche qui se résolut le 3^e jour. Huit jours plus tard il se produisit des abcès de la région sous-maxillaire qu'on crut pouvoir rattacher à une adénite lymphatique.

Le minimum de jours que nous trouvons indiqué pour la guérison est 10 : le maximum 40.

Sur 48 cas examinés, nous avons 46 guérisons opératoires et deux morts opératoires, l'une par septicémie le 7^e jour (7), l'autre par diphtérie buccale et bronchique (3).

La récurrence est signalée dans 12 cas ; 4 fois elle se fit sur place (19, 20, 22, 41) ; 5 fois dans les ganglions (8, 9, 18, 35, 42) ; dans les autres cas (4, 30, 39), le lieu n'est pas indiqué.

La récurrence se montra après 1 mois (22), 3 mois (30), 18 mois (42), 26 mois (20), 1 an (4), 2 ans (39, 18, 35). — Dans 2 cas on opéra la récurrence (19, 22). — La mort par récurrence est indiquée dans 5 cas (4, 39, 42, 18, 20) ; dans les deux derniers elle résulta de l'ulcération de la carotide, d'où hémorrhagie foudroyante.

L'absence de récurrence au bout d'un certain temps est indiquée dans 9 cas : pas de récurrence au bout de 3 mois (29), 4 mois (38) ; pas de récurrence au bout de 1 an (37), 2 ans (23, 40), 3 ans (28, 23'), 4 ans (16), 6 ans (19).

F) GALVANOCAUSTIQUE. — Parmi nos 18 cas d'ablation au galvanocautère, il n'y eut que 5 cas où l'on enleva toute la largeur de la langue. Dans 4 cas on fit la destruction directe du cancer avec le cautère-galvanique, répétant les cautérisations chaque 10 ou 15 jours (1, 2, 10, 11). Dans les 9 autres cas on fit des ablations partielles.

Dans 4 cas il y avait des ganglions (4, 6, 7, 14), on ne les enleva pas.

Dans deux cas on fit la ligature préventive de l'artère linguale (5, 17). Dans 6 cas il y eut des hémorrhagies qui nécessitèrent des ligatures dans la plaie (4, 5, 5', 14, 15, 16).

Dans le cas de Heath (6) l'hémorrhagie par les deux linguales fut très forte, bien qu'on en eût fait la ligature préventive ; ce qui est invraisemblable. Dans les autres cas il n'y eut que

quelques gouttes de sang au moment du passage des fils. — Dans un cas, il se produisit une hémorrhagie intermédiaire le lendemain ; on fut obligé de lier la carotide primitive (12). Dans 3 cas il y eut des hémorrhagies secondaires ; 1 fois le 4^e et le 5^e jour (9), une fois le 8^e jour et une fois le 9^e (13, 8).

La guérison indiquée dans 11 cas, se faisait toujours avant le 20^e jour.

3 cas de mort à la suite de l'opération ; 1 de pneumonie septique le 7^e jour (6), deux de pyémie dont 1 le 11^e jour (7, 12).

La récurrence eut lieu dans 5 cas, après 6 semaines (1), 9 semaines (9), 6 mois (5, 17), 1 an (16).

Dans un cas (9) on l'opéra ; elle revint de nouveau et ulcéra les vaisseaux ; on dut lier la carotide primitive et la mort s'ensuivit. Dans un cas, il n'y avait pas de récurrence après 20 mois (8).

G) THERMOCAUTÈRE. — Nous avons 14 observations d'opérations au thermocautère ; une seule fois il y avait des ganglions perceptibles ; on ne les enleva pas (7). Dans deux cas on enleva simultanément une partie du plancher buccal (1, 2) ; dans 5 cas une partie des piliers du voile et des amygdales (1, 2, 3, 7, 8).

Dans 3 cas on dit que l'hémorrhagie fut faible (3, 4, 8). Dans 4 cas on fit la ligature d'artères (1, 2, 6, 7). Dans un cas il se produisit une hémorrhagie intermédiaire l'après-midi (12) ; on cautérisa au thermocautère ; dans un autre cas 2 jours après (11) ; on fit une ligature. Il se produisit une hémorrhagie secondaire le 8^e jour (7, 10, 14), on fit la ligature de la linguale dans un cas, la torsion dans le second, dans l'autre on tamponna avec du perchlorure de fer.

L'eschare tomba 2 fois le 4^e jour (3, 7); 2 fois le 6^e jour (2, 4); 2 fois le 8^e (10, 14); une fois le 9^e (5).

Dans 3 cas on trouve indiqué l'emploi de la sonde œsophagienne (2, 7, 8).

La guérison eut lieu dans 11 cas; elle se fit plus ou moins rapidement.

Il y eut un cas de mort par pyohémie le quatorzième jour (3).

La récurrence dans les ganglions eut lieu après 6 mois (7), après 16 mois (4, 1); elle se produisit dans le plancher et les ganglions après 2 ans (12); dans ce dernier cas la mort arriva 4 mois après. Dans le cas (10), la récurrence qui s'était d'abord faite dans les ganglions sous-maxillaires, disparut sous l'influence d'un érysipèle, puis reparut ensuite dans les ganglions et le plancher buccal. Dans le cas (1) on enleva 3 fois la tumeur récidive; la dernière fois elle s'était localisée dans la parotide et on ne put faire qu'une ablation incomplète. La mort arriva 26 mois après la première opération.

Dans 6 cas on note l'absence de récurrence, après 5 mois (2), après 2 ans (5), après 7 mois (8), après 4 ans et 4 mois (9), après 4 mois (11), après 2 ans 1½ (14).

II. — OPÉRATIONS PRÉLIMINAIRES.

1^o Voie jugale.

12 cas d'opération après section jugale; dans un cas (7) Maissonneuve incisa les deux joues.

La voie jugale fut employée plus souvent pour une amputation totale (8 fois) que pour une ablation partielle (4 fois).

Il y avait des ganglions dans 3 cas (10, 11, 12).

3 fois le plancher buccal était pris (1, 3, 9).

Les piliers du voile et les amygdales 2 fois (3, 8).

Pour enlever les parties malades, on employa 4 fois l'écraseur seul (6, 9, 11, 12); 1 fois l'écraseur après incision médiane au bistouri (1); 1 fois l'anse galvanique (9); 3 fois la ligature simple (2, 5, 8); 1 fois le bistouri (4); 2 fois les ciseaux courbes (3, 7).

Dans un cas, où l'on employa l'écraseur, il se produisit une hémorrhagie intermédiaire 10 heures après l'opération; on enleva les sutures de la joue et on lia l'artère qui saignait (12).

Après l'ablation par l'anse galvanique, il se produisit le 7^e jour une petite hémorrhagie qu'on arrêta par tamponnement (9).

Dans le cas où l'on employa le bistouri (4), on fit la ligature des artères dans la plaie.

Dans un des cas où l'on employa les ciseaux courbes, on lia les artères au fur à mesure qu'on les coupa (7); dans l'autre cas (3), on fit la ligature de la ranine, on tordit d'autres artères, puis on fit des lotions avec de l'eau glacée.

Comme complications nous trouvons noté dans un cas, un érysipèle (1).

La guérison opératoire eut lieu dans 11 cas; dans un cas (2) la mort arriva par pyémie le 26^e jour.

Dans un cas (9), au bout de 14 mois il se produisit une récurrence ganglionnaire étendue; il fallut faire plus de 20 ligatures, entre autres celle de la carotide et de la jugulaire interne, et on ne put faire qu'une extirpation incomplète; la récurrence arriva rapidement, et la mort eut lieu 21 mois après la première opération.

Dans un autre cas (10), après 6 mois il n'y avait pas de récurrence.

2^o Voie sus-hyoïdienne.

a) *Ponction*. — Fut faite le plus souvent dans le cas où il s'agissait de sectionner la langue près de sa base ; dans deux cas, il s'agissait de tumeur récidivées. Dans 7 cas, il y avait des ganglions ; on les enleva 5 fois (11, 11', 10, 15, 25) ; dans les cas (23, 24), on ne s'en occupa pas. Dans aucun cas, le plancher buccal n'était pris. 1 fois, le pilier antérieur était envahi (16).

Pour enlever la tumeur linguale, on employa l'écraseur seul dans 13 cas (5, 7, 8, 9, 13, 14, 15, 16, 18^s). Dans deux cas, on fit la section vertico-transversale avec l'écraseur (12, 22), et la section horizontale avec des ciseaux par la bouche. Dans deux cas de Barker (2, 3), on fit la section antéro-postérieure de la langue au bistouri, puis on appliqua un écraseur sur chaque moitié. Dans un cas (19), Nunneley, après avoir cassé sa chaîne d'écraseur, fit la ligature lente avec un cordon de fouet, puis un fil métallique ; il fut obligé de resserer et de remplacer ses ligatures 7 à 8 fois.

Dans deux cas (1, 6), on employa la ligature lente seule. Dans un autre cas (20), Mirault plaça une ligature lente ; il sectionna verticalement la langue au bistouri en avant de la ligature, mais ne détacha pas la langue du plancher buccal.

Dans 10 cas, on employa l'anse galvanique (4, 10, 11, 14¹, 17, 21, 23, 24, 25, 26). Dans un cas (3), on fit la trachéotomie préventive. Avec l'écraseur on eut, dans un cas (8), une hémorrhagie abondante. Le tamponnement au perchlorure de fer, la compression de la carotide, la cautérisation de la plaie ne l'arrêtant pas, on fit la ligature de la carotide externe. Dans un autre cas (14), on eut une hémorrhagie sérieuse aussi ; on laissa des pinces hémostatiques à demeure. Dans un troi-

sième cas (18), il y eut une hémorrhagie par la linguale, qu'on lia. -- Il y eut un cas d'hémorrhagie secondaire foudroyante le 5^e jour (14).

Quand on n'employa pas l'écraseur seul, on eut, dans le cas (22), une légère hémorrhagie arrêtée par le fer rouge ; dans les cas (2, 3), de petits vaisseaux saignèrent ; on les lia.

Dans le cas de Nunneley (19), on eut trois ou quatre hémorrhagies abondantes, qu'on arrêta par le perchlorure. Il n'y eut pas d'hémorrhagie dans le cas de ligature simple.

Avec l'anse galvanique, on eut, dans un cas (4), une hémorrhagie primitive par la linguale ; on l'arrêta par la cautérisation. Dans ce même cas, il se produisit, au bout de 36 heures, une hémorrhagie intermédiaire mortelle.

Dans les cas (10, 11, 24, 26), il se produisit des hémorrhagies secondaires ; il n'y en eut qu'une le 5^e jour, dans les cas (11, 24, 26) ; on l'arrêta avec l'eau de Pagliari. Dans le cas (10), il y eut le 7^e jour une première hémorrhagie, arrêtée par l'eau de Pagliari ; il y en eut une nouvelle le lendemain qu'on maîtrisa avec une pince hémorrhagique à demeure ; une troisième se produisit encore deux jours après ; on l'arrêta par tamponnement.

Comme complication opératoire, il y eut, dans un cas, une pneumonie diffuse, non mortelle (18) ; dans un second cas, la mort par septicémie arriva le 3^e jour (24). Dans un autre, (21) il persista pendant quelque temps une fistule sus-hyoïdienne.

Le temps nécessaire à la guérison fut variable ; la durée minimum fut dans un cas 15 jours, dans un autre, deux mois.

La récidive eut lieu 4 fois dans les ganglions, une fois dans le plancher buccal (15) ; elle se produisit au bout de 10 jours (11'), de 3 semaines (15'), de 2 mois (13), 2 mois 1/2 (10),

de 4 mois (16). Deux fois la récurrence eut lieu sur place, après 8 mois (23), quelques mois (26). Dans trois cas, il n'y avait pas de récurrence au bout de 2 mois (11), de 6 mois (17), de 1 an (19). — Le cas (15) mourut de sa récurrence, 2 mois après l'opération ; et le cas (23), huit mois après. Le cas (6) mourut d'asphyxie pulmonaire.

Incision. — L'incision sus-hyoïdienne latérale fut employée 13 fois pour l'ablation d'une moitié de la langue, et 5 fois pour l'ablation des deux moitiés. — Dans 7 cas, il y avait des ganglions qu'on enleva. Dans 3 cas, le plancher buccal était envahi (2, 13, 16) ; dans 4 cas, une partie des piliers et des amygdales était également atteinte (3, 14, 15, 16).

Pour enlever la tumeur linguale par cette voie préliminaire, on se servit quatre fois de l'écraseur (1, 5, 13, 12) ; du galvanocautère seul, 2 fois (4, 8) ; du galvanocautère et des ciseaux, 2 fois (15, 16) ; du thermocautère seul, 1 fois (2) ; du thermocautère et du bistouri, 1 fois (14) ; du bistouri, 5 fois (9, 10^s, 11) ; des ciseaux seuls, 2 fois (3, 7).

Dans 2 cas (7, 13), il est indiqué qu'on fit la ligature préventive de l'artère linguale ; malgré cela, dans le premier cas on eut encore passablement de sang. Après l'emploi de l'écraseur, il y eut un peu de sang dans un cas (5) ; dans un autre (12), il se produisit une hémorrhagie qui nécessita une ligature dans la plaie. Après les deux ablations au galvanocautère, (4, 8), il se produisit une hémorrhagie secondaire le 10^e jour dans un cas, le 9^e jour dans l'autre. De même, dans les cas où on l'employa simultanément avec les ciseaux, il se produisit dans un cas (16) une forte hémorrhagie, la nuit ; on l'arrêta avec du perchlorure de fer ; elle se reproduisit encore le lendemain matin, puis le soir, où on l'arrêta avec le fer rouge. Dans le second cas (15), il se produisit une forte hémorrhagie

dans la nuit du 5^e jour ; le sang coula dans la trachée, et le malade mourut d'asphyxie.

L'ablation au thermocautère seul fut éxsangue ; celle au thermocautère et bistouri (14) donna lieu à une hémorrhagie, 2 heures après l'opération. Les 5 cas d'ablation au bistouri de Michel, ne donnèrent lieu à aucune hémorrhagie ; il liait les artères entre deux ligatures, avant de les couper (9, 10^s, 11). Le cas (7) d'ablation avec les ciseaux, est un cas de ligature préventive. Dans le cas (3), on fit la trachéotomie préventive. Dans ce dernier cas, pour enlever les ganglions qui étaient volumineux et étendus au loin, on fut forcé d'enlever une partie de la carotide primitive entre deux ligatures, et de réséquer la grande corde de l'os hyoïde.

Deux complications importantes sont à signaler : Dans un cas (4), après l'emploi du galvanocautère, un séquestre large comme une pièce de 5 francs se détacha de la face interne du maxillaire, au bout de 2 mois.

Dans un autre cas (14), l'opération réveilla un diabète antérieur.

Nous avons 5 cas de mort : 1 cas de mort par pneumonie, 75 heures après l'opération (14) ; 1 cas de mort par épuisement, 4 jours après l'opération (16) ; 1 cas de mort par asphyxie (15) ; 1 cas de mort par septicémie (11) : 1 cas de mort par broncho-pneumonie (3), 13 jours après l'ablation d'une récidive, survenue elle-même 5 semaines après la première opération.

Dans le cas (9), la récidive arriva au bout de 5 semaines, et marcha rapidement ; dans les cas (10^s) elle amena la mort au bout de 6 mois à deux ans.

Pas de récidive au bout de 4 mois (5) ; de 1 an (6) ; de 14 mois (7) ; de 4 ans (4) ; de 6 ans 1½ (8).

Formation de lambeaux. — Dans 3 cas, on ne fit qu'une ablation partielle de la langue (1, 7, 8). Dans les 5 autres cas, on fit une ablation totale. — Les ganglions étaient indurés dans 4 cas (1, 2, 6, 8). — Le plancher buccal était pris dans 1 cas (1). — Les piliers du voile étaient aussi envahis dans deux cas (5, 6).

Dans 5 cas, on employa le procédé d'incision en T et formation de deux lambeaux de Regnoli (4, 5, 6, 7, 8). Dans les 3 autres cas, on employa le lambeau médian de Billroth (1, 2, 3).

Pour sectionner la langue, on employa le bistouri dans 2 cas : (5) avec la ligature préventive des linguales, et (1) avec section en V des tissus de la langue, ligature des artères dans la plaie et suture immédiate. — Dans deux cas, l'on employa les ciseaux (7, 6) ; dans le premier, on fit la ligature hémostatique de la langue : dans le second, la ligature préventive des artères linguales. Dans 3 cas, on se servit de l'écraseur (3, 4, 8). Dans un cas, l'on employa le galvano-cautère (2).

Dans le cas (1), il se produisit, l'après-midi, une hémorrhagie assez considérable ; on enleva les sutures, tira la langue au dehors, et on fit la ligature d'une petite artère musculaire.

Dans le cas (4), faible hémorrhagie l'après-midi, arrêtée par la glace.

Dans le cas (5), il se produisit une hémorrhagie qu'on arrêta avec un bouton de feu.

Dans le cas (6), légère hémorrhagie en nappe, arrêtée par le fer rouge.

Dans le cas (8), il se produisit une hémorrhagie primitive abondante, arrêtée par la compression et la glace. Le lendemain, il se produisit une forte hémorrhagie par la bouche ; on comprima la carotide, et le malade tomba en syncope.

Comme complications opératoires, dans un cas (2), il se produisit des abcès dans la région sus-claviculaire des deux côtés ; dans le cas (1), de petits abcès multiples sur la cicatrice le long du maxillaire.

Il y eut 4 morts à la suite de l'opération : un cas (3), sans cause connue ; un autre, le 8^e jour, d'infiltration purulente et pneumonie (4) ; un autre, d'épuisement, le 32^e jour ; (6) et le dernier à la suite d'hémorrhagies, le 9^e jour (8).

On ne parle de récédive que dans un cas, pour dire qu'elle ne s'est pas encore produit depuis 4 mois (1).

La guérison, dans les cas où l'on en parle, eut lieu au bout de 14 jours (5), de 1 mois 1½ (1, 2).

2^o Voie maxillaire inférieure.

Résection linéaire médiane. — Nous avons réuni 42 cas de section médiane du maxillaire ; nous ne trouvons indiqué que 3 fois l'emploi du procédé en V couché, de Sédillot (23, 33, 42). Dans un cas, on combina les procédés de Regnoli et Roux (12) ; deux fois, on employa le procédé de Richet, qui n'est autre chose que le procédé sus-hyoïdien latéralisé, combiné avec la section médiane de Roux (13, 31). Quant au procédé de section médiane décrit sous le nom de Symes, il ne diffère pas essentiellement du procédé de Roux, qui fut employé dans tous les cas restants.

Dans 2 cas, le plancher buccal seul était envahi par le cancer (12, 40) ; dans 4 cas, la langue et le plancher (8, 11, 27, 39) ; le plancher et les gencives dans 2 cas (31, 32) ; la langue, le plancher et les gencives dans deux cas (15, 42) la langue, les piliers du voile et les amygdales dans 4 cas (4, 7, 13, 18) ; la langue, le voile et les gencives 1 fois (17). Dans les autres cas, la langue seule était prise ; ou bien, comme cela se voit dans beaucoup de cas, le siège de la lésion n'est pas indiqué.

Dans 8 cas, nous trouvons noté la présence de ganglions indurés (12, 13, 15, 16, 19, 31, 39, 41). — Pour enlever la tumeur linguale, on employa le bistouri dans 16 cas (3, 6, 11, 17, 18, 26, 31, 32, 33, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41); les ciseaux dans 5 cas (15, 21, 23, 27, 28); la ligature métallique extemporanée dans 1 cas (22); l'écraseur dans 7 cas (4, 7, 8, 14, 20, 29, 30); le thermocautère et l'écraseur dans 1 cas (13); l'écraseur et le bistouri dans deux cas (1, 2); la ligature élastique et les ciseaux dans 1 cas (19).

Après la section au bistouri, on fit, dans 13 cas, la ligature des artères dans la plaie (3, 6, 11, 18, 26, 31, 32, 33, 35, 36, 37, 38, 39). Dans un cas (17), on fit la ligature hémostatique préventive de la langue; dans un autre (41), on fit la ligature préalable de la carotide externe; dans le dernier (40), il se produisit une hémorrhagie intermédiaire l'après-midi; on fit une ligature.

Après la ligature métallique, il n'y eut pas de sang (22).

Après la section à l'écraseur, on fut obligé, dans un cas, de lier la linguale (7); dans l'autre, la ranine (14). Dans un autre cas, (8), il y eut une hémorrhagie légère.

Dans un cas d'ablation au thermocautère (12), il se produisit une hémorrhagie secondaire le 10^e jour; dans l'autre (42), on fit la ligature préalable de la linguale gauche et de la faciale, et on lia la linguale droite dans la plaie.

Après l'écraseur et le bistouri, on lia les deux linguales dans la plaie (1); dans l'autre cas (2), on lia un vaisseau dans la plaie, on en tordit un autre; le 7^e jour, il se produisit une hémorrhagie secondaire, qu'on arrêta par la glace.

Après la ligature élastique et les ciseaux (19), pas de sang.

Dans les autres cas, où l'emploi de l'agent de diérèse n'est pas indiqué, on fit la ligature préventive des deux linguales (10); on lia les vaisseaux dans la plaie (24).

On réunit les fragments du maxillaire par la suture osseuse dans 10 cas (2, 11, 12, 13, 14, 19, 29, 31, 40, 42). On combina la suture et la ligature des incisives dans un cas (6), la suture et le chevestre (40). On fit la ligature des incisives seules, dans 4 cas (7, 23, 28, 32). Dans un cas, on mit un simple chevestre (41). Dans un cas, on employa l'appareil contentif de Robert (25). Dans un autre, on employa une petite lame d'or, appliquée et maintenue au devant des arcades dentaires par un fil de soie (33). Dans les autres cas, on ne parle pas du moyen de contention employé.

La consolidation se fit en 50 jours (1), 4 semaines (5), 2 mois (9), 27 jours (22), 1 mois (30), 2 mois (32), 6 mois (40), 14 jours (42). La nécrose est signalée dans les cas (8, 9, 13, 15, 31, 32, 40).

La pseudarthrose est relatée dans 2 cas (13, 31). La récidive eut lieu dans les ganglions après 2 mois (19), un an (30), 14 mois (42), 3 ans et demi (16).

La récidive ganglionnaire amena la mort par ulcération de la carotide, dans un cas (15).

La récidive amena la mort après 6 semaines (9), après 12 mois (10), 18 mois (42), 19 mois (30).

Il n'y avait pas de récidive après 8 ans (8), après 3 mois (13), après 2 ans (37), après 10 mois (40).

La mort à la suite de l'opération eut lieu une fois le 5^e jour, de pneumonie (38), une fois le 4^e jour, d'érysipèle phlegmoneux (39), une fois le 6^e jour, de pyémie (35), une fois le 7^e jour (41), 3 fois le 9^e jour, de pneumonie (2, 6, 18), une fois le 15^e jour, d'infection purulente (26), une fois le 20^e jour, sans cause appréciable (4), une fois le 21^e jour, d'infection purulente (11).

Résection linéaire latérale.

La langue seule était prise dans un cas (16), le plancher seul dans un cas (8); la langue et le plancher à la fois dans 9 cas (4, 6, 9, 10, 12, 13, 15, 17, 18); le plancher et le voile dans un cas (7); la langue, le plancher et le voile dans 6 cas (1, 2, 3, 5, 11, 14).

Dans tous les cas, sauf 2, on trouve indiquée la présence de ganglions.

Pour agir sur la langue, on employa le bistouri seul, dans 13 cas, le galvano-cautère et le bistouri dans 1 cas (1), les ciseaux courbes dans 3 cas (16, 17, 18), la ligature lente (15).

On fit la ligature préventive de la linguale d'un côté, dans deux cas (1, 18), des deux linguales (16); d'une linguale et de la faciale (8, 14); des deux linguales et de la faciale (11), on sectionna la linguale entre deux ligatures (12).

Il y eut une légère hémorrhagie primitive (13); une hémorrhagie intermédiaire le lendemain, arrêtée par l'eau froide (9).

La suture des fragments osseux est indiquée dans un cas (16).

La guérison de la plaie eut lieu après 1 mois (4), 2 mois (6), 36 jours (7), 1 mois (9), 27 jours (11), 5 semaines (16).

Il se produisit des séquestres dans les cas (5, 1, 7, 17, 18). La non-consolidation est indiquée dans les cas (1, 5, 17, 18), dans lesquels une pseudarthrose s'établit. La consolidation se fit après l'expulsion de séquestre dans le cas 7. Dans un cas, il n'y avait pas de consolidation le 25^e jour (14), dans un autre, le 23^e (10).

La mort eut lieu par pneumonie, au bout de 1 mois et demi (5), par pneumonie le 10^e jour (8), par infiltration puru-

lente, le 4^e jour (9), le 5^e jour (12), le 11^e jour, par pneumonie (13).

La récurrence eut lieu 4 fois dans les ganglions, au bout de 6 mois (1), 1 mois et demi (3), 11 mois (14), 4 mois (16).

2 fois la récurrence se fit sur place (4, 6).

Dans les cas (1, 3, 4), on opéra la récurrence.

La mort arriva à la suite de la récurrence dans un cas, après 5 mois (14), dans l'autre on n'indique pas le temps (16).

Il y avait absence de récurrence après 10 mois (4, 7, 11), après 3 ans (1).

Réssection temporaire.

3 cas ; 1 de Bœckel, 2 de Billroth. Dans le cas de Bœckel (1), la partie antérieure de la langue et du plancher, les gencives, les glandes sublinguales et sous-maxillaires droites étaient prises.

On fit la réssection temporaire de la partie médiane de la mâchoire, comprise entre les petites molaires de chaque côté ; on sectionna la langue transversalement, on rugina la face postérieure du maxillaire ; on lia les deux linguales dans la plaie, on arrêta l'hémorrhagie en nappes par la cautérisation. Il se produisit une hémorrhagie secondaire légère, le 4^e et le 5^e jour. On fit la suture métallique du maxillaire. Le malade mourut de bronchite le 8^e jour ; les fragments du maxillaire n'étaient pas réunis et atteints de nécrose superficielle.

Dans un des cas de Billroth, la tumeur occupait un des côtés du plancher buccal et s'étendait jusqu'à l'angle (2), dans l'autre la tumeur était située derrière l'angle de la mâchoire (3). Dans le cas (2), on réséqua un morceau compris entre la canine droite et l'avant-dernière molaire gauche ; dans l'autre, on réséqua la branche de la mâchoire. On enleva les parties

malades au bistouri, puis on fit la suture métallique des fragments. Dans un cas, la guérison eut lieu au bout de 2 mois et demi, sans déformation (2). L'autre mourut d'œdème pulmonaire le 3^e jour (3).

Résections proprement dites.

16 cas de résection permanente ; dans chacun de ces cas, l'os était envahi sur une plus ou moins grande étendue.

On réséqua la partie moyenne du maxillaire dans 3 cas (8, 10, 12) ; le bord alvéolaire du maxillaire inférieur (11, 15), du maxillaire supérieur (5). On désarticula une branche (3, 5, 6). On réséqua 1 centimètre (15) ; 4 centimètres et demi (1) ; 1 centimètre (13) ; 5 centimètres (14) ; un morceau allant de la ligne médiane à l'angle (16) ; un morceau de la grande corne de l'os hyoïde (3).

Dans les autres cas, on n'indique pas l'étendue de la résection.

Dans un cas, on fit la section préventive des nerfs linguaux (7).

Dans 2 cas, on fit la trachéotomie préventive (3, 5). Pour arriver sur le maxillaire, on employa divers modes d'incision qui ont peu d'importance.

Pour enlever les tissus malades, on employa le bistouri suivi du drainage et de la cautérisation au permanganate (12) ; le bistouri et les ciseaux (5) ; les ciseaux (13, 16) ; les ciseaux et le thermocautère (9) ; le thermocautère (10) ; l'écraseur (4, 7) ; le galvano-cautère (2, 8).

On fit la ligature préventive des artères linguales dans les cas (6, 12) ; des faciales (6, 9) ; de la maxillaire interne (6). On lia les artères dans la plaie (2, 8, 10, 11) ; on fit des ligatures en masse dans un cas (13).

Dans un cas (8), on eut une hémorrhagie intermédiaire quelques heures après l'opération ; on fit une ligature. Dans le même cas, on eut une hémorrhagie secondaire les 11^e, 15^e et 19^e jours ; on les arrêta par la torsion.

Dans un cas, on fit la suture métallique ordinaire (15) ; dans deux cas, la suture métallique à distance (9, 10).

Dans le cas (10), la guérison se fit avec un écart de 3 cent. entre les fragments ; cet espace était comblé par du tissu fibreux.

La consolidation se fit, dans un cas, en 4 semaines (8) ; dans un autre, en 23 jours (15).

Dans le cas (13), 1 mois 1½ après l'opération, on enleva un séquestre de 1 cent 1½ de long. Il en résulta une pseudarthrose. La mort eut lieu le 2^e jour (11) ; le 5^e jour, par broncho-pneumonie (3) ; le 7^e jour, par pneumonie (6) ; le 8^e jour, par septico-pyohémie (14).

La récurrence eut lieu après 4 mois (2) ; 7 mois (5) ; 1 an (12) ; 1 an (9) ; 2 ans (10) ; 2 ans (4).

La mort est indiquée 4 fois à la suite de la récurrence ; elle arrive rapidement dans les cas (9, 10).

Il n'y avait pas de récurrence après 2 ans 4 mois (13) ; après 4 ans 9 mois (8).



STATISTIQUES

Il s'agit maintenant de faire la synthèse de nos observations, c'est-à-dire la statistique des résultats obtenus ; puis nous comparerons quelques-uns des chiffres que nous obtiendrons à ceux qu'ont donné les auteurs.

I. VOIE BUCCALE.

1. Ablation avec le bistouri.	25 cas
2. — les ciseaux. (procédé simple)	29 —
3. — (procédé de Whitehead)	8 —
4. — (procédé Billroth)	49 —
5. Ablation avec les caustiques.	2 —
6. Ligature lente.	{ simple 10 élastique 10
	20 —
7. Ecraseur.	48 —
8. Galvanocaustique.	18 —
9. Thermocautère	14 —

II. OPÉRATIONS PRÉLIMINAIRES

1. Voie jugale.	12 —
2. Voie sus-hyoïdienne (ponction).	31 —
3. — (incision).	13 —
4. — (lambeaux).	8 —
5. Voie maxillaire inférieur (section médiane).	42 —
6. — (section latérale.	18 —
7. — (résection temporaire).	3 —
8. — (résection permanente)	16 —

Total des opérations.....	356.
---------------------------	------

Hémorrhagie et hémostase.

Après avoir dans le tableau précédent indiqué le nombre des opérations faites par les différentes voies et par les différents moyens de diérèse, nous devons indiquer rapidement les complications principales qui sont survenues dans chaque cas. Hâtons-nous de dire que les chiffres que nous donnerons, n'indiqueront pas le rapport exact des accidents avec le nombre des opérations : cela tient à ce que dans beaucoup de nos observations que nous avons recueillies çà et là dans les auteurs, il n'est pas fait mention des complications, ou bien, il en est dit un mot en passant, sans précision suffisante.

I. — VOIE BUCCALE.

	Hémorrhagie primitive	Hémorrhagie intermédiaire	Hémorrhagie secondaire
1. Bistouri	—	2	—
2. Ciseaux simples	—	4	2
3. Procédé Whitehead	6	—	—
4. Procédé Billroth	12	1	1
5. Caustiques	—	—	—
6. Ligature simple	—	2	1
— élastique	—	—	1
7. Écraseur	16	—	1
8. Galvaronantère	7	1	3
9. Thermocautère	7	2	3
	—	—	—
Total...	48	12	12

	Hémorrhagie primitivie	Hémorrhagie intermediaire	Hémorrhagie secondaire
1. Voie jugale			
(Galvano-cautère)	—	—	1
2. Ponction sus-hyoïdienne			
(Ecraseur)	5	—	1
(ligature lente)	—	1	—
(Galvano-cautère)	1	1	4
3. Incision sus-hyoïdienne			
(Ecraseur)	2	—	—
(Galvano-cautère)	—	1	3
(Thermo-cautère)	—	—	1
4. Lambeaux sus-hyoïdiens			
(Bistouri)	1	1	—
(Écraseur)	1	2	—
(Ciseaux)	1	—	—
5. Section médiane du maxillaire			
(Bistouri)	—	1	—
(Écraseur)	3	—	1
(Thermo-cautère)	—	—	1
6. Section latérale			
(Bistouri)	1	1	—
7. Résection temporaire			
(Bistouri)	—	—	1
8. Résection permanente	—	1	1
	— — —	— — —	— — —
	15	9	14

En réunissant les opérations par la voie buccale et les opérations après création d'une voie préliminaire, on arrive donc au chiffre de 63 hémorrhagies primitives, 21 hémorrhagies intermédiaires et 26 hémorrhagies secondaires ; en tout 110 cas d'hémorrhagies sur 356 opérations.

Ces chiffres nous donnent une proportion de 17, 6 p. 100 hémorrhagies primitives, 5,8 p. 100 hémorrhagies intermédiaires, 7,3 p. 100 hémorrhagies secondaires.

Ajoutons que sur ces 356 opérations, on fit 61 fois la ligature préventive d'une ou des deux linguales, et 1 fois la ligature préventive de la carotide externe.

Morts à la suite de l'opération.

1. Bistouri	{	pneumonie	1
		pyémie	1
2. Ciseaux	(procédé simple)	{	infiltration purulente 2
			pneumonie 1
			pyémie 1
3. Ciseaux	(procédé de Whitehead)	{	septicémie 1
			pyémie 1
4. Ciseaux	(procédé de Billroth)	{	cause inconnue 1
			septicémie 1
			pyohémie 1
			pneumonie 3
			erysipèle 1
5. Caustiques			
6. Ligature lente	{	épuisement	1
		infection purulente	1
7. Ecraseur	{	septicémie	1
		diphthérie buccale et bronchique	1
8. Galvano-cautère	{	infection purulente	2
		pneumonie septique	1
9. Thermo-cautère	{	pyémie	1

Opérations préliminaires.

1. Voie jugale	{	pyémie	1
2. Ponction sus-hyodienne	{	septicémie	1
		asphyxie pulmonaire	1

3. Incision sus-hyoïdienne	{	pneumonie	2
		épuisement	2
		septicémie	1
4. Lambeaux sus-hyoïdiens	{	cause inconnue	1
		épuisement	2
		pneumonie	1
5. Section maxillaire médiane	{	pneumonie	4
		érysipèle	1
		pyohémie	3
		cause inconnue	2
6. Section latérale	{	pneumonie	3
		infiltration purulente	1
		cause inconnue	1
7. Résection temporaire	{	bronchite	1
		œdème pulmonaire	1
8. Résection permanente	{	pneumonie	2
		septico-pyohémie	1
		cause inconnue	1

Il y eut 23 cas de mort à la suite des ablations faites par les voies naturelles, qui sont au nombre de 213, c'est-à-dire 10,7 0/0.

A la suite des opérations préliminaires, il y eut 32 cas de mort sur 143 opérations = 23 0/0.

Pour les 356 opérations réunies, il y eut 56 morts = 15,6 0/0.

Récidive.

En regard des cas où la récidive s'est faite, nous mettrons tous ceux où l'affection a été guérie un certain temps, et dont la récidive n'est pas indiquée dans l'observation.

1. Bistouri	{	Récidive locale 4	1	absence de R. pendant 3 mois.
		R.... ganglionnaire 3	1	—
		R. locale et gangl. 2	1	sans indication de temps.

2. Ciseaux (méthode simple)	{	R. ganglionnaire 8	1	—	4 mois.
		R. locale 4	1	—	3 ans.
		R. locale et gangl. 2	1	—	4 mois.
3. Méthode Whitehead.		R. gangl. 2			—
4. Méthode Billroth	{	R. loc. 3 2	2	—	3 mois.
		R. gang. 5	1	—	1 an.
		sans siège	1	—	3 ans.
		indiqué 6	1	—	4 ans.
5. Caustiques					
6. Ligature	{	simple R. loc 1.			
		élastique { R. loc. 2 R. gang. 2			
7. Ecraseur	{	R. loc. 4	1	—	3 mois.
		R. gan. 5	1	—	4 —
		sans indication 2	1	—	1 an.
			2	—	2 ans.
			2	—	3 —
			1	—	4 —
8. Galvano-cautère	{	Rec. dans 5 cas.			
		sans indication de siège.	1	—	20 mois.
9. Thermo-cautère	{	R. gang. 4	1	—	4 mois.
		R. loc. et g. 1	1	—	5 —
			1	—	7 —
			1	—	2 ans.
			1	—	2 a. 4 m.
			1	—	2 a. 1½.

Opérations préliminaires.

1. Voie jugale.	R. gangl.	1	1	—	6 mois.
2. Ponction sus-hyoïdienne	{	R. loc. 3	1	—	2 mois.
		R. g. 4	1	—	6 —
			1	—	1 —

3. Incision sus-hyoïdienne. Rec. 4 cas.	1 — 4 mois.
	1 — 14 —
	1 — 1 an.
	1 — 4 —
	1 — 6 a. 1½.
4. Lambeaux	1 — 4 mois.
5. Section médiane	{ R. sans siège 3.
du maxillaire	{ R. g. 4 cas
	1 — 3 mois.
	1 — 10 —
6. Section latérale	{ R. gang. 4
	{ loc. 2
	1 — 2 ans.
	1 — 8 ans.
7. Résection temporaire	
8. Résection permanente	{ R. 6 fois
	1 — 2 a. 4 m.
	1 — 4 a 9 m.

Essayons maintenant d'établir la proportion exacte de la récurrence à la suite de l'opération. On opéra 213 fois par les voies naturelles. De ces 213 opérés, 23 moururent à la suite de l'opération. Il en reste donc 190 chez lesquels la récurrence fut 18 fois locale = 9, 4 0/10 ; 29 fois ganglionnaire = 15, 2 0/10 ; 5 fois locale et ganglionnaire = 2, 6 0/10 ; 13 fois sans siège indiqué. En tout, 65 cas de récurrence pour 190 malades = 34, 2 0/10.

A la suite de l'ablation de la langue après opérations préliminaires, il y eut 33 cas de mort sur 143 opérations. Il reste donc 110 malade, chez lesquels la récurrence locale eut lieu 5 fois = 4, 5 0/10 ; la récurrence ganglionnaire 14 fois = 12, 7 0/10, et sans indication de siège, 13 fois. En tout, 31 cas de récurrence pour 110 malades = 28, 1.

Il y eut donc 96 récurrences pour 300 malades = 32 0/10.

Nous avons ainsi 56 morts à la suite de l'opération, et 96 récurrences. Cela nous fait, par conséquent, un total de 152 opérés, dont le sort nous est connu. Il y en a, en outre, 43 chez les-

quels l'absence de récurrence est indiqué après un certain temps. Restent donc 161, qui sont complètement perdus de vue, après l'opération, et sur le sort ultérieur desquels on ne dit rien.

Voyons maintenant quelle est la fréquence de la mort à la suite de l'opération, et de la récurrence, d'après les statistiques de différents auteurs.

Otto Just rapporte les observations de 90 opérés : il nous dit ce que sont devenus 39 d'entre eux, et ne nous donne aucun renseignement sur le sort ultérieur des 61 autres. Des 39 premiers, 8 moururent à la suite de l'opération ; 20 eurent une récurrence en moins de un an — 24,3 0/0. — Sur 178 cas rassemblés par Th. Anger, il y eut 14 récurrences avec indication de mort, ce qui ferait 18,5 0/0 de récurrence. Seulement, hâtons-nous de dire que sur ces 178 cas, il y a eu 35 morts à la suite de l'opération, et 113 cas de guérison à la sortie, qui n'ont pas été revus et parmi lesquels il y a probablement eu encore un bon nombre de récurrences. Tenant compte du nombre des morts opératoires, la récurrence fut en réalité de 22, 6 0/0.

Les 50 cas rapportés par Schlæpfer, se répartissent comme suit : 11 moururent immédiatement, ou du moins peu de temps après l'opération ; 4 furent renvoyés, dont la guérison était douteuse ; et 35 furent renvoyés guéris. Dans 12 cas, la récurrence eut lieu après un temps variable, et elle ne se fit jamais sur place ; elle fut de 30, 7 0/0.

Traitement palliatif.

Ce traitement sera employé toutes les fois que le chirurgien pensera que le mal est trop avancé, pour que le traitement curatif puisse donner des résultats satisfaisants. Ce simple énoncé nous fait immédiatement comprendre que les cas dans

lesquels on y aura recours, seront très différents l'un de l'autre ; car nous avons vu qu'il existe une grande dissidence d'opinion entre les chirurgiens, au sujet de l'intervention : les uns ne voulant opérer que les cancers peu étendus, les autres opérant dans presque tous les cas.

Sans revenir sur cette question, nous dirons que dans les cas où l'on ne peut pas enlever tout le mal, ou le faire sans danger pour la vie du malade, on doit se borner à faire un traitement palliatif.

Le traitement palliatif peut être médical ou chirurgical.

Le *traitement palliatif médical* consiste simplement à faire la médecine des symptômes, et à soutenir autant que possible les forces du malade.

On combat ordinairement les douleurs et l'insomnie par les opiacés. Malheureusement, on sait que la puissance calmante des opiacés s'épuise assez rapidement : aussi, en règle générale, quand un cancéreux est susceptible de vivre assez longtemps, il est prudent d'épuiser d'abord la liste des autres substances calmantes, En particulier, le chloral sera d'abord employé avec avantage. On arrivera ensuite aux injections de morphine. Au lieu de faire ces dernières en un point quelconque de la peau, Gosselin recommande beaucoup de les faire dans la langue même, mais dans les parties restées saines et toujours du côté du dos. Le calme obtenu de cette façon, serait beaucoup plus complet et plus rapide.

On se tiendra prêt à arrêter l'hémorrhagie, soit par la ligature de l'artère, soit simplement par la compression.

On enlèvera les sécrétions abondantes qui remplissent la cavité buccale, en faisant de fréquents lavages avec des solutions étendues de chloral, d'acide phénique ou de permanganate ; on ordonnera également au malade de se rincer de

temps en temps l'arrière-bouche, avec une solution désinfectante.

Un moyen très recommandable, en pareilles circonstances, est l'emploi de petits sachets contenant de l'iodoforme, qu'on place dans la cavité buccale et qu'on renouvelle de temps en temps. Par ce moyen, on parvient à désinfecter à peu près complètement la cavité buccale et à prévenir les pneumonies septiques qui sont assez fréquentes en pareilles circonstances, comme l'a montré Guillot dans sa thèse.

Enfin, on soutiendra les forces du malade, par une nourriture appropriée. Quand la langue est tuméfiée, adhérente au plancher buccal, la mastication se trouve gênée, et on est obligé de nourrir le patient avec des aliments liquides ou semi-liquides. Dans d'autres cas, où la déglutition est très douloureuse, le mieux à faire est d'introduire, par les fosses nasales, dans l'oesophage une sonde oesophagienne, qu'on laisse à demeure ; de cette façon, on pourra alimenter convenablement le patient.

Le *traitement palliatif chirurgical* a différents buts : ou bien on cherche à diminuer autant que possible les inconvénients de la tumeur ; ou bien on tâche d'en arrêter la marche et même si c'est possible, de la faire rétrograder.

Dans le premier but, on a fait la *section du nerf lingual*. Faite d'abord par Hilton en 1850, elle fut répétée, en 1861, par Ch. Moore, qui, depuis, l'a pratiquée 3 fois. Voici les conclusions auxquelles est arrivé ce dernier auteur.

La division du nerf lingual est applicable seulement aux cas dans lesquels les douleurs sont très violentes, particulièrement dans le cas de cancer de la base de la langue. Cette opération est sans danger. Elle supprime la douleur et le goût infect de la langue ; de plus, elle diminue la salivation, mais

elle n'a aucune influence sur l'évolution même du néoplasme.

Dans un cas de cancer, de la base de la langue, la suffocation devenant de plus en plus menaçante, Demarquay fit la *trachéotomie palliative*. Il ne survint après l'opération aucune complication du côté des poumons. La trachéotomie ne sert qu'à prolonger la vie et à éviter au malade une agonie pleine d'angoisses. Il n'est permis de discuter que le moment où l'opération doit être exécutée. — Le chirurgien doit-il attendre que les accès de suffocation soient fréquemment répétés et que le malade soit sous le coup d'une asphyxie imminente, ou bien opérera-t-il lorsque les accès de suffocation laisseront encore entre eux un long intervalle? Demarquay conseille l'opération dans ces dernières circonstances; ce qui permet d'éviter l'écoulement de sang veineux qui se produit quand le malade est opéré *in extremis*. (Demarquay. *Gaz. hôpit.* 1862).

Dans un autre cas, et cette fois c'est une opération qui vise au second but, Demarquay pratiqua la *ligature de la linguale* à la région sus-hyoïdienne. Il s'agissait d'un cancer de la moitié droite de la base de la langue; la tumeur était profondément ulcérée et donnait naissance à des hémorrhagies répétées. Au bout de quelques jours, la tumeur était considérablement affaissée, la bouche était plus libre et le pus sécrété avait perdu toute odeur.

Ce mieux dura quelque temps, puis la tumeur reprit sa marche primitive.

L'idée d'arrêter, ou du moins d'entraver l'évolution d'un néoplasme par la ligature des vaisseaux qui s'y rendent n'est pas nouvelle. Dans son savant mémoire, Demarquay la fait remonter à Harvey. Mirault le premier fit la ligature des artères de la langue dans un cas de cancer de cet organe. On

peut la faire dans le cas de tumeur volumineuse, provoquant par cela même de la dysphagie, de la difficulté d'alimentation et des menaces d'asphyxie.

La variété de la tumeur pourrait également donner lieu à une indication. Certains cancers de la langue, trop étendus pour être susceptibles du traitement curatif, sont très vasculaires ; la compression diminue considérablement leur volume en les anémiant ; dans ces cas la ligature peut donner parfois d'assez beaux résultats. La langue s'affaisse beaucoup et les accidents disparaissent pour quelque temps (observ. de Th. Anger, in-thèse Larrieu, p. 50.)

L'état général peut contribuer aussi à faire adopter ce procédé, quand le sujet amaigri, cachectique, ne peut pas supporter le choc d'une opération.

Ch. Moore, en 1862, fit dans un cas, en même temps que la ligature des deux linguales, la section du nerf lingual. Demarquay repousse cette pratique ; car, dit-il, quand la langue est tuméfiée, et qu'on coupe le lingual, on lui enlève la sensibilité, c'est-à-dire qu'on l'expose à être mordue et déchirée dans l'acte de la mastication, d'où des hémorrhagies.

Pour ne pas allonger davantage notre travail nous ne rapporterons pas les observations qui ont trait à cette question ; nous nous contenterons d'en donner une analyse sommaire.

Nous avons déjà parlé du cas de Mirault (*Gazette médicale*, 1835) où à la suite de ligature, la tumeur se termina par résolution.

Broca (*Traité des tumeurs*) lia les deux linguales dans un cas ; la langue diminua de beaucoup de volume. Dans trois cas de Demarquay (*Arch. gen. med.* 1868), il est dit que la tumeur diminua considérablement de volume au bout de vingt-quatre heures. Il en fut de même dans deux autres cas du même auteur rapportés, l'un dans la *Gazette des hôpi-*

taux 1862, l'autre dans l'*Union médicale* 1869, et dans une série d'autres observations qu'on trouve publiées çà et là.

Dans un cas de Haward (*Lancet*, 31 mars 1877), il se produisit, à la suite de la ligature de la linguale, un sphacèle rapide de la tumeur dont on ne voyait plus trace au bout de six semaines.

Dans deux cas de Broca rapportés dans la thèse de Mauvoisin, on fit une fois la ligature des deux carotides externes. Dans le premier cas, il se produisit une légère diminution de la tumeur ; dans le second on ne constata aucun changement appréciable.

Malheureusement l'amélioration rapide qu'on obtient après la ligature des artères dure à peine un mois ou deux dans la majorité des cas ; le cancer reprend sa marche et la mort arrive bientôt.

Excisions palliatives. — Vient ensuite une autre catégorie d'opérations palliatives dont la description se confond, quant au manuel opératoire, avec les opérations curatives, mais dont nous devons cependant dire un mot ici. Dans certains cas de cancer étendu, le chirurgien sait fort bien qu'il ne pourra pas obtenir une guérison temporaire bien longue ; qu'il ne pourra peut-être même pas extirper complètement tout le mal ; et cependant il opère. C'est à propos de faits de ce genre que Verneuil s'exprimait en ces termes, à la Société de chirurgie en 1880 : « Lorsque nous faisons un anus contre nature dans le cas de cancer du rectum, nous n'avons pas la prétention de guérir le cancer de cet organe ; nous avons seulement pour but de soulager le malade et de le faire vivre quelque temps encore. Il en est de même pour les opérations que l'on pratique pour les épithéliomas étendus de la langue et du plancher buccal. Je ne me crois pas plus téméraire que

les autres, mais lorsqu'un malade souffre et ne peut plus avaler et lorsque je suis sûr de le faire vivre encore quelques mois, je l'opère. »

C'est à ce même propos que Labbé a prononcé les paroles suivantes : « Il y a des circonstances dans lesquelles le chirurgien peut avoir un devoir social à remplir. J'en citerai un exemple. Un malade portait un cancer de la langue qui l'empêchait de parler et d'avalier. Le plancher de la bouche était envahi et les ganglions dégénérés. Je refusai d'abord de faire l'opération. Puis, j'appris que ce monsieur avait de très grands intérêts engagés dans une industrie, et qu'il lui faudrait vivre encore quelques mois pour les sauvegarder. Devant cette considération, je consentis à tenter une opération grave à la vérité, mais qui était la seule qui pût lui procurer quelques mois de survie. Ce malade a guéri de son opération, il a repris ses affaires et depuis sept mois, il se porte très-bien. »

Il est enfin un dernier mode de traitement palliatif destiné tout à la fois à soulager le malade et à agir sur l'évolution du néoplasme ; je veux parler des *injections interstitielles* de substances médicamenteuses, faites dans la tumeur. On a employé différents liquides destinés généralement à agir par leur degré plus ou moins fort de causticité. Luton (de Reims) est un de ceux qui ont le plus préconisé ces injections qu'on fait dans la tumeur et dans les ganglions envahis. Il a employé la teinture d'iode et le chlorure de zinc, qu'il introduisit dans les tissus malades avec une seringue de Pravaz.

Ch. Moore, dans un cas, injecta la solution de Broadbent (une partie d'acide acétique, pour deux d'eau). Les douleurs locales et irradiées disparurent ; la salivation aussi. La tumeur ne diminua pas de volume. (*Med. Times and Gaz.* 1866, p. 444).

A la séance de la Société de chirurgie du 10 novembre 1880, Th. Anger a dit qu'il avait employé quelquefois les injections interstitielles d'acide salicylique. Ces injections ne sont pas douloureuses et ne produisent pas d'inflammation ; elles calment, au contraire, les douleurs et en particulier la douleur sympathique de l'oreille : elles paraissent même arrêter la marche de la maladie.



INDICATIONS DE L'INTERVENTION

1° Indications générales. Doit-on opérer le cancer de la langue ?

« J'affirme, dit Verneuil à la Société de chirurgie en 1880, que nous pouvons dire que nous guérissons les épithéliomas. Nous ne détruisons pas l'état constitutionnel, sous l'influence duquel les néoplasmes se produisent ; mais nous donnons une survie telle qu'on peut la considérer comme une guérison.... Ne jouons donc pas sur les mots ; et reconnaissons les avantages incontestables d'une opération, qui lorsqu'elle est faite de très bonne heure, procure une survie infiniment plus longue que tous les autres moyens. »

Voyons, quelles sont les raisons que donnent les partisans de la non-intervention.

L'épithélioma, disent-ils, n'est qu'une variété de carcinome, il est la manifestation locale d'une diathèse ; si on l'enlève, il récidive fatalement sur place ou à distance et on expose gratuitement le patient à la mort par complications opératoires.

Nous ne nous attarderons pas à rechercher s'il existe des ressemblances plus ou moins grandes entre l'épithélioma et le carcinome au point de vue anatomo-pathologique. Disons seulement un mot des différences cliniques qui existent entre les deux affections.

Le carcinome a une marche rapide, il se développe quelque fois sur plusieurs organes en même temps. Si on l'enlève, il récidive fatalement, soit sur place, soit très souvent encore dans un organe interne, se trouvant éloigné du lien primitivement envahi et n'ayant aucun rapport direct avec lui.

L'épithélioma, au contraire, est une manifestation locale ; il se développe plus ou moins rapidement, envahissant de proche en proche les tissus voisins et les ganglions ; mais il se généralise très rarement, on pourrait presque dire jamais. On a bien cité quelques cas d'épithéliomas viscéraux existant simultanément avec un épithélioma de la langue ; mais d'abord le nombre de ces faits est très restreint ; et de plus, il est fort probable que ces tumeurs n'avaient aucun rapport de dépendance l'une par rapport à l'autre et que quand on opérerait la première, la seconde ne ressentait pas un coup de fouet, comme cela se voit quand il s'agit du carcinome.

L'épithélioma est donc une tumeur qui récidive ou bien sur place, ou bien dans les ganglions lymphatiques en rapport avec la région envahie. C'est là un fait prouvé d'une manière évidente par toutes nos observations, où il n'est jamais parlé de récidive à distance.

La récidive est-elle fatale ? Dans certaines de nos observations, nous trouvons notée l'absence de récidive, après un temps parfois très long ; ces cas pourraient presque être considérés comme des guérisons radicales. Il ne faut pas cependant oublier que dans d'autres cas on a vu la récidive survenir après trois ou quatre ans. A la séance de la Société de chirurgie du 24 novembre 1880, Trélat a cité 3 malades opérés par lui, l'un en 1872, le second en 1874, le troisième en 1875. Ces malades ont été et restent guéris, après 8 ans, 6 ans, 5 ans.

Dans nos observations, nous avons des cas de guérisons

sans récédive, qui datent de 3 ans, 4 ans, 6 ans, 6 ans 1/2, 8 ans, etc.

Peut-on prétendre que, dans ces cas, on a obtenu la guérison radicale de l'épithélioma ? Je ne le crois pas ; car on pourra toujours dire, ou bien que la récédive est encore possible et va peut-être apparaître d'un moment à l'autre ; ou bien que la tumeur enlevée n'était pas un épithélioma, que l'examen bistologique n'a pas été fait ou bien a été mal fait. Ce raisonnement est une fin de non-recevoir pure et simple, mais il n'en a pas moins son importance.

Quant aux dangers de mort par complications opératoires, il ne faut pas s'en effrayer outre mesure. L'opération n'est pas grave lorsqu'on peut la faire par les voies naturelles, lorsque la maladie est récente et bien limitée. « Sur 200 opérations faites dans ces conditions, dit Verneuil à la Société de chirurgie en 1880, je n'ai perdu qu'un seul malade. » Naturellement quand la tumeur est étendue et qu'on est obligé de faire une opération préliminaire, les dangers s'accroissent ; mais la proportion de mort n'est pas plus effrayante qu'après les opérations faites en d'autres régions. Sur 143 cas d'ablation d'épithélioma après opération préliminaire plus ou moins grave, nous ne trouvons que 33 cas de mort résultant du traumatisme = 23 0/0.

On a aussi reproché à l'opération de provoquer une récédive à marche rapide, et de faire en somme mourir le malade beaucoup plus tôt que ne l'auraient fait les progrès de la néoplasie. Pour démontrer le peu de valeur de cette accusation, on ne peut mieux faire que comparer la durée de la maladie abandonnée à elle-même et la fréquence et la marche des récédives après l'opération.

Nous n'avons pas recueilli d'observation où la maladie ait été abandonnée à elle-même ; aussi, pour faire notre démons-

tration, nous ne pouvons mieux faire que de recourir à la thèse de M. Anger. En se basant sur 7 cas où le mal a été observé par le chirurgien dès le début, Anger conclut que le maximum de durée atteint 4 ans, le minimum 2 mois ; la durée moyenne chez ces 7 individus, égale 14 mois. C'est exactement la durée indiquée par Lebert pour ce genre d'affections. D'après Anger également, la durée moyenne de la vie des individus opérés, guéris en apparence, et succombant à une récurrence après une guérison temporaire plus ou moins prolongée, a été de 2 ans.

En comparant les deux moyennes, on voit que les malades bien opérés, dans de bonnes conditions, ont chance de gagner environ 10 mois d'existence.

Hâtons-nous d'ajouter que les malades eux-mêmes seront les premiers à venir nous remercier de l'opération que nous leur avons fait subir. Les douleurs, la salivation, la faim, l'insomnie qui empoisonnaient les jours du malheureux cancéreux, ont disparu le plus souvent pour faire place au calme et au bien-être. Même quand la récurrence revient de bonne heure elle est beaucoup plus supportable que la tumeur primitive, et paraît causer moins de douleurs au malade (Verneuil).

2^o Quand doit-on opérer ?

Ici encore, les partisans de l'opération sont en désaccord. Quand le malade se présente avec un épithélioma au début, faut-il essayer un traitement médical, sous prétexte que le diagnostic n'est pas certain ? ou bien, faut-il opérer de suite ? Voici ce que disait Trélat, à ce sujet, à la séance de la Société de chirurgie, du 24 novembre 1880 :

« Au lieu de reconnaître que l'opération opportune, c'est-à-

dire précoce, est le vrai et l'unique moyen de guérison, que ce moyen n'est pas dangereux, qu'il est d'une exécution facile, qu'il laisse un organe apte à toutes ses fonctions, chacun s'en va répétant que le diagnostic est souvent incertain, ce qui n'est vrai que dans un très petit nombre de cas; qu'il est bon de perdre son temps à tâtonner et à laisser la néoplasie prendre position dans les gaines vasculaires, les travées intervasculaires, les lymphatiques, et défier désormais l'action chirurgicale; que d'ailleurs, il sera toujours temps d'en venir à *l'ultima ratio* opératoire.

Aussi qu'arrivera-t-il, sous l'empire d'une doctrine fausse dans ses prémisses et si funeste dans ses conséquences?

Deux choses également fâcheuses : d'un côté les malades atteints de tumeurs petites et bien circonscrites, se détournent des chirurgiens; de l'autre, les malades dont l'ulcère a progressé à travers tous les traitements décevants qu'ils ont tentés, viennent réclamer notre secours.

De là résulte que nous n'opérons pas les malades, que nous guéririons sans dangers et sans grandes mutilations, tandis que, nous laissant aller au mirage des espérances improbables, ne sachant d'ailleurs pas nous refuser à un acte secourable directement réclamé, nous faisons des opérations étendues, hardies, bien conduites, mais stériles, parce qu'il est trop tard et que *l'occasio praeceps* a depuis longtemps disparu. Le chiffre des insuccès s'accroît chaque jour, tandis que celui des guérisons grandit à peine.....

Il se pourrait que l'adoption générale de cette doctrine entraînat, de temps à autre, des opérations inutiles; il se pourrait qu'on enlevât, par erreur, des petites tumeurs ou des petits ulcères qui ne sont pas des cancroïdes; mais ne vaut-il pas cent fois mieux, exposer quelques très-rars ma-

lades à des opérations inutiles que de vouer la totalité à une perte irrémédiable ? «

Dans cette même séance, Verneuil émit un avis identique à celui de l'éminent chirurgien dont nous venons de citer les paroles.

3^e Indications spéciales. — Doit-on opérer dans tous les cas ?

C'est ici le cas de citer la fameuse phrase : « Hippocrate dit oui, Galien dit non. »

Disons de suite que, pour les cancers peu étendus, limités à la partie antérieure de la langue, sans engorgements des ganglions, presque tout le monde est d'accord sur l'utilité de leur extirpation.

Mais s'il y a déjà un commencement d'engorgement ganglionnaire, certains chirurgiens refusent l'opération, et à plus forte raison si le cancer a envahi la partie postérieure de la langue, s'il empiète sur le plancher buccal, les piliers du voile et des amygdales.

Nous sommes parfaitement de l'avis des premiers, et conseillons avec Trélat et Verneuil l'opération précoce.

Mais le mal est fait, la tumeur a dépassé le tiers antérieur de la langue ; elle s'étend vers la base, le plancher de la bouche est pris, les ganglions sont dégénérés ; que doit-on faire dans ces conditions ? Faut-il se borner à instituer le traitement médical des symptômes ? faut-il se contenter des moyens que nous offre le traitement chirurgical palliatif ? faut-il, au contraire, tenter d'obtenir une guérison temporaire en faisant l'ablation complète des parties malades ?

A la Société de chirurgie, en 1880, Desprès, Perrin, Trélat, Le Fort, disent que quand il y a des ganglions dégénérés, il faut s'abstenir ; car le mal a alors dépassé les possibilités

chirurgicales. — Lé Dentu, de son côté, prétend que, quand les ganglions sont peu nombreux, peu éloignés du siège du mal, et bien mobiles, leur existence ne doit pas être toujours considérée comme une contre-indication, mais elle assombrit beaucoup le pronostic.

Verneuil est de l'avis de Le Dentu. Quand les ganglions s'étendent le long de la carotide et sont adhérents, il faut s'abstenir, ou du moins se contenter d'une opération palliative; on ne peut pas prudemment, dans ces cas, essayer d'enlever tout le mal. Les chirurgiens allemands ne se sont cependant pas épouvantés pour si peu de chose.

Dans un cas, Rose (*voie jugale, observ. 9*) se décida à opérer une récurrence ganglionnaire étendue; il ne put faire qu'une ablation incomplète, et fut obligé de lier plus de 20 vaisseaux, entre autres la carotide primitive et la jugulaire interne. Le malade eut la force de résister à un pareil traumatisme; il mourut 5 mois après, par suite des progrès de la récurrence qui était survenue immédiatement. Dans un autre cas, Kocher (*incision sus-hyoïdienne, observ. 3*) enleva une partie de la carotide primitive entre deux ligatures. Le malade guérit également de l'opération; mais comme on avait fait une ablation incomplète, on eut une récurrence immédiate et une mort rapide. En tout cas, quoique la mort ne soit pas survenue à la suite de ces opérations, les chirurgiens prudents feront bien de ne pas s'aventurer sur pareil terrain et de laisser à d'autres, le monopole de telles hardiesses.

Sans approuver la manière de faire des chirurgiens allemands, nous nous permettrons d'être d'un avis opposé à celui de Desprès, Perrin, Trélat et Le Fort; et nous dirons avec Verneuil (Société de chirurgie, 1^{er} décembre 1880) : « L'engorgement ganglionnaire peut être une contre-indication dans certains cas. Quand nous rencontrons un cancer de la

mamelle avec des ganglions dégénérés dans la région du cou, nous n'opérons pas. Quand nous rencontrons un épithélioma de la langue avec des ganglions dégénérés le long de la carotide, nous n'opérons pas non plus. Mais quand les ganglions existent seulement dans l'aisselle pour le cancer mammaire, et dans le plancher de la bouche pour l'épithélioma lingual, nous opérons. »

Voilà pour ce qui est des ganglions. Quand le plancher de la bouche, les piliers, les amygdales sont envahis, les opinions les plus diverses règnent également parmi les chirurgiens. Les uns sont d'avis de ne pas opérer ; les autres d'opérer quand même, pourvu qu'il soit possible anatomiquement d'extirper tout le mal. Nous avons même vu que Verneuil, dans ces dernières années, a fait de propos déterminé des opérations incomplètes, dans le seul but de soulager ses malades.

Mais laissons de côté ces derniers cas, et ne nous occupons que de ceux dans lesquels on opère avec l'espoir d'obtenir une guérison temporaire plus ou moins longue, car en somme c'est le seul but auquel il semble qu'on puisse aspirer en opérant l'épithélioma de la langue. A ce propos, certains chirurgiens ont admis deux espèces de cancroïdes : ceux auxquels il ne faut pas toucher, et ceux qu'il faut enlever très largement et de suite (Perrin).

Les premiers sont ceux qui, petits ou gros, récents ou anciens, s'accompagnent d'infiltration ganglionnaire, ou d'altérations suspectes, fussent-elles légères de la muqueuse buccale. Ils siègent habituellement dans les régions reculées de la bouche, vers les piliers ; ils sont mal délimités, superficiels, plutôt muqueux ou sous-muqueux que parenchymateux.

Quant aux autres, limités au tissu lingual, il faut les en-

lever, car leur ablation améliorera toujours la situation du malade sans lui faire courir de risques

Nous nous permettrons d'être d'un avis sensiblement différent; car l'ablation des cancers de la seconde catégorie n'est pas une opération aussi bénigne qu'on veut bien le dire, et surtout on n'est pas toujours sûr de mettre le malade à l'abri d'une récurrence immédiate, si la tumeur a envahi une certaine étendue de la langue.

Pour mieux faire comprendre la chose, jetons un coup d'œil rapide sur l'anatomie pathologique et la marche des cancroïdes linguaux.

L'épithélioma de la langue revêt deux formes : l'épithélioma papillaire et l'épithélioma interstitiel. Le premier limité à la muqueuse s'étend surtout en surface; ne rencontrant aucune barrière, il peut facilement se propager d'un côté à l'autre de la langue, à la muqueuse du plancher buccal et des piliers du voile du palais; il est plus ou moins aidé dans sa diffusion, par la présence des réseaux lymphatiques; c'est ce qui explique également l'engorgement fréquent et rapide des ganglions lymphatiques dans cette variété.

L'épithélioma interstitiel, d'après Th. Anger, se développe primitivement dans les sillons interpapillaires; il plonge ensuite vers la profondeur, envahit les cloisons intermusculaires, et envoie souvent au loin des prolongements inappréciables au toucher. On sait en effet comme les muscles de la langue sont bien disposés pour favoriser cette propagation.

Leurs fibres étant parallèles, et suivant pour la plupart un trajet antéro-postérieur, viennent se continuer les unes avec les fibres qui forment les parois contractiles du pharynx, les autres avec les muscles des piliers du voile du palais. La propagation pourra donc facilement se faire dans ces deux directions, et si l'ablation de la tumeur n'est pas décidée rapide-

ment, si on ne fait pas de larges sacrifices, on ne pourra pas être sûr d'avoir enlevé tout le mal et il se produira rapidement une récurrence locale par continuation.

Ajoutons que l'épithélioma se propage moins facilement dans le sens transversal, c'est-à-dire d'une moitié à l'autre, que dans le sens antéro-postérieur, car le septum lingual lui oppose une barrière pendant quelque temps.

Ce qu'il y a de bon, c'est que dans cette forme, les ganglions seront moins rapidement envahis, et auront moins de chance d'être infectés dès le début de la maladie, que dans la forme papillaire. C'est dans des cas de ce genre surtout, qu'on rencontre des récurrences locales.

4^e Appréciation des méthodes et procédés opératoires.

1^o *Exérèse sanglante*. A. BISTOURI. C'est un instrument qui se trouve à la portée de tous les chirurgiens, facile à transporter et à manier, procurant l'avantage d'une section nette. Il permet d'enlever exactement toute la tumeur, et offre une grande sûreté d'exécution, car on peut à chaque instant explorer avec l'œil et le doigt, la surface de section. L'opération se fait aussi très-rapidement; son principal inconvénient consiste dans l'hémorrhagie fatale à laquelle il donne lieu. Mais on y remédie, ou bien, en faisant la suture immédiate des muqueuses opposées, ou bien en employant un des procédés à lambeaux que nous avons décrits, dans les cas où l'on ne fait porter l'amputation que sur la partie antérieure (de cette façon, on peut également obtenir une réunion primitive, et simplifier considérablement les phénomènes de la cicatrisation), ou bien en faisant la ligature hémostatique de la langue, ou la ligature préventive des linguales, quand la ligne d'amputation se rapproche plus ou moins de la base.

Le bistouri, dans 25 cas d'ablation par la bouche, n'a donné lieu qu'à deux hémorrhagies intermédiaires et deux hémorrhagies secondaires ; dans 38 cas, où on l'employa pour sectionner la langue après opération préliminaire, il se produisit 2 hémorrhagies primitives, 3 intermédiaires et 1 secondaire.

Maintenant, on a accusé le bistouri d'être une cause fréquente d'accidents infectieux, puisqu'il produit une plaie dont la surface offre une infinité de petits vaisseaux béants.

Ce reproche ne me paraît pas fondé, car sur 25 cas d'ablation d'une partie de la langue par la bouche avec le bistouri, il n'y eut que deux cas de mort à la suite de l'opération. Je ne rechercherai pas si après les opérations préliminaires, il a donné lieu à des accidents plus nombreux, car ici il y a d'autres causes qui interviennent.

Quant à ce qui concerne la récurrence, après l'emploi du bistouri par la voie buccale, il y a eu 9 récurrences sur 25 cas. Notons seulement que dans presque tous ces cas, il s'agissait de tumeurs plus ou moins récentes, en tout cas bien limitées, et ne dépassant pas les parties antérieures de la langue. A la suite de l'emploi du bistouri, après création d'une voie préliminaire, on eut 8 cas de récurrence sur 38 opérations.

B) CISEAUX (1^o *proc/dé simple*). Sont employés dans le même but que le bistouri, dont ils ont à peu près les mêmes avantages et les mêmes inconvénients. Seulement, les auteurs prétendent que les ciseaux produisent une section plus exsangue que le bistouri, par ce fait que les ciseaux agissent à la fois par écrasement et section. On remédie à l'hémorrhagie qu'ils produisent, par les mêmes moyens qu'à la suite de l'emploi du bistouri.

A la suite des 29 cas où l'on s'est servi des ciseaux, par la

voie buccale, il n'y eut que 4 cas d'hémorrhagie secondaire.

Après l'emploi des ciseaux, il se produisit deux cas d'infiltration purulente, 1 cas de pneumonie et 1 cas de pyémie.

La récurrence se produisit 14 fois.

2° *Procédé de Whitehead*. Permet avec une instrumentation simple de faire une ablation rapide, en une ou deux minutes.

Ici, le danger principal paraît résider dans l'hémorrhagie. Dans 8 cas où l'on employa cette méthode, il se produisit 6 fois des hémorrhagies primitives, parfois très-inquiétantes.

Il semble donc préférable, si l'on veut opérer par la voie buccale, d'employer la méthode de Billroth avec ligature préventive des linguales, ce qui n'allonge pas énormément l'opération.

Par cette méthode, il y eut deux cas de mort à la suite de l'opération : 1 cas de septicémie et 1 cas de pyémie.

Il se produisit deux cas de récurrence ganglionnaire. Il est même étonnant que les cas de récurrence ganglionnaire ne soient pas plus fréquents ; car par cette méthode on ne peut pas enlever les ganglions sans faire une incision spéciale, ce qui complique à peu près autant l'opération que si on avait fait la ligature préventive des linguales. Aussi, le plus souvent, quand les ganglions sont peu engorgés, on ne les enlève pas.

3° *Procédé de Billroth*. C'est, à notre avis, parmi tous les procédés d'ablation par les instruments tranchants, celui qui est préférable.

Ici on peut opérer à son aise, sans se presser, et en se rendant un compte exact de ce que l'on fait, car la plaie est presque exsangue. Le seul désavantage est la difficulté qu'il

y aurait parfois à trouver les artères linguales, pour en faire la ligature préventive.

Le procédé de Billroth n'a donné qu'un cas d'hémorrhagie intermédiaire et un cas d'hémorrhagie secondaire.

Il est vrai qu'à sa suite nous avons trouvé 12 cas d'hémorrhagie primitive; mais hâtons-nous de dire que la plupart du temps, l'hémorrhagie se produisit par les vaisseaux de l'autre côté, dans les cas où l'on n'avait fait la ligature que d'une seule linguale; ou bien elle fut fournie par quelques petits vaisseaux du plancher ou des piliers du voile. Dans un cas exceptionnel, une hémorrhagie importante par la linguale fut due à ce que l'on avait lié la veine, au lieu de l'artère (cas de Billroth, observation I.).

A la suite de l'opération, il y eut 6 cas de mort par accidents infectieux.

Il y eut 14 cas de récurrence, sur 49 opérations.

2° *Exercice non sanglant* C). CAUSTIQUES. — La mortification des tumeurs de la langue par cautérisation externe ou interne, n'est plus guère employée dans la pratique chirurgicale; c'est là un procédé peu sûr qui ne permet pas de se rendre bien compte de ce que l'on fait et de savoir si l'on a enlevé suffisamment ou trop. La cautérisation actuelle ou potentielle peut cependant rendre des services pour détruire les derniers restes d'une tumeur que l'on vient d'enlever avec l'instrument tranchant; cette manière de faire a souvent été employée de nos jours, comme on peut le voir en lisant nos observations.

D) LIGATURE LENTE. -- Chassaignac rejette la ligature lente en termes formels : « Nous reprochons à ce mode de ligature d'être un procédé excessivement douloureux, et en second lieu, de soumettre le malade pendant une semaine au moins à l'imminence d'une intoxication putride. » C'est un procédé

qui, du reste, n'est plus employé aujourd'hui, et qui a été détrôné par la ligature élastique suivant la méthode de Delens.

La ligature élastique a, sur la ligature lente, les avantages suivants :

La ligature simple est assez difficile à appliquer, car souvent de fois le fil casse quand on le serre ; de plus, comme on est forcé de le resserrer de temps en temps, on produit chaque fois de nouvelles douleurs, et parfois même des hémorrhagies.

L'anse élastique, au contraire, est d'un emploi commode pour l'ablation des tumeurs situées sur la partie antérieure de la langue ; elle ne produit des douleurs que pendant quelques heures, un ou deux jours au plus, et une fois en place, n'a plus besoin d'être touchée.

Voici les reproches qu'on a faits aux deux modes de ligature précédents :

La ligature lente peut produire parfois des accidents nerveux tels, qu'on est obligé d'enlever le lien constricteur. Dans les cas de ligature simple et élastique que nous avons rapportés, nous ne trouvons signalé aucun fait de ce genre.

On a accusé aussi la ligature, de produire un gonflement considérable de la langue et du plancher buccal, pouvant dans certains cas amener l'asphyxie, ou du moins rendre la déglutition presque impossible ; ce fait se produisit à un degré plus ou moins fort, 6 fois sur 20, dans nos observations.

La ligature lente, a-t-on dit, peut être la cause de phénomènes d'infection. Le mode même d'action de la ligature nous explique la chose ; le fil, en serrant les tissus, produit une section par ulcération graduelle, en même temps qu'il amène

la gangrène d'une partie plus ou moins considérable de la langue. Or, l'ulcération est le point de départ d'une sécrétion purulente plus ou moins forte, qui devient rapidement putride dans la bouche, où se trouvent réunies les conditions nécessaires à la putréfaction : chaleur, humidité, air atmosphérique. Ajoutez à cela, les liquides septiques exhalés par la masse gangrenée. On a tout d'abord songé à pallier ces inconvénients, par des lavages fréquents ; mais dans ces dernières années, on y a remédié d'une façon beaucoup plus efficace, en enlevant la plus grande partie de la tumeur dès qu'elle commence à se mortifier.

C'est ce que fit Mayor, après une ligature en masse de la langue pour cancer ; dès le 2^e jour, il enleva une grande partie de la tumeur qui était déjà mortifiée et insupportable par son odeur.

Sans tenir compte de ce que disent les auteurs, nous pourrions croire cependant que les reproches adressés de ce chef à la ligature lente ne sont pas bien fondés, puisque sur 20 observations que nous avons recueillies, il n'y eut que deux cas de mort à la suite de l'opération ; tous deux sont survenus à la suite de la ligature simple.

La ligature élastique est aussi favorisée sous le rapport de l'hémorrhagie : sur 10 cas traités par cette méthode, il n'y eut qu'un cas d'hémorrhagie secondaire.

A tous les procédés de ligature lente ou extemporanée, ainsi qu'à l'anse galvanique qui rentre dans le même groupe, on a reproché d'agir sur les tissus d'une manière aveugle, le chirurgien allant plus ou moins à l'aventure quand il met son fil en place. Ce reproche s'applique surtout aux procédés d'amputation de toute la langue par la voie buccale. On comprend qu'il ne soit pas toujours bien facile de s'assurer si l'anse est

placée au-delà des limites du mal, ou bien si elle n'a pas glissé en avant. Pour empêcher ce dernier inconvénient, on a eu recours à la pédiculisation par transfixion, dont nous avons parlé.

E) Ecraseur

L'écraseur, dit Chassaignac, réunit la promptitude du bistouri à la sûreté de la ligature. C'est là un éloge qui nous paraît un peu exagéré. Au lieu d'être manié comme le bistouri, l'écraseur doit, au contraire, agir avec une grande lenteur, si l'on veut qu'il remplisse son but principal, c'est-à-dire qu'il produise une section exsangue.

Il est difficile de placer la chaîne métallique à l'endroit voulu ; souvent elle glisse, quand on commence à serrer.

L'écraseur meurtrit les tissus, plus que ne le font le bistouri et les ciseaux, d'où eschares consécutives et possibilité d'accidents infectieux. Il a l'avantage, il est vrai, de produire une plaie sèche ; car il obstrue les artères par un mécanisme qui se rapproche de celui de la torsion.

Il ne faut cependant pas non plus trop vanter les avantages hémostatiques de l'écraseur, puisque dans 48 cas d'opération par la voie buccale, il a donné lieu 16 fois à des hémorrhagies primitives et une fois à une hémorrhagie secondaire. Après l'ablation de la langue avec l'écraseur par la voie sus-hyoïdienne, on eût trois fois des hémorrhagies primitives graves, deux hémorrhagies primitives légères et une hémorrhagie secondaire mortelle.

D'après notre statistique, les accidents infectieux paraissent assez rares à la suite de l'emploi de l'écraseur, puisque sur 48 cas, il n'y a que deux cas de mort par complications opératoires.

Un autre inconvénient de l'écraseur est la rupture de la chaîne qui se produit parfois dans le cours de l'opération, comme cela arriva dans le cas de Nunneley ; si l'on n'a pas plusieurs écraseurs à sa disposition, on est alors obligé d'achever la section avec un autre instrument de diérèse.

F) ANSE GALVANIQUE. -- Le galvano-cautère a certains avantages incontestables, mais beaucoup d'inconvénients aussi. L'appareil est dispendieux, encombrant, souvent difficile à faire marcher, et exigeant. pour être manié convenablement, la présence d'un aide expérimenté. D'autres inconvénients, moindres il est vrai, puisqu'ils sont plus rares, consistent en ce que le fil de platine se rompt parfois au moment où l'on commence la striction; ou dans d'autres cas, se volatilise, si l'on a employé un courant trop fort ou un fil trop fin. On évite ces inconvénients, ainsi que les dangers d'hémorrhagie primitive qu'on a reproché à la méthode, en prenant toutes les précautions indiquées par Boeckel. C'est pour ne pas avoir connu, ou avoir négligé ces précautions, que les chirurgiens ont vu se produire des hémorrhagies primitives, Ainsi, dans les 18 observations que nous avons rapportées, où l'on employa le galvano-cautère par l'orifice buccal, il se produisit dans 7 cas une hémorrhagie primitive, et dans un cas, une hémorrhagie intermédiaire. Dans 10 cas, où l'on introduisit le fil de platine par ponction sus-hyoïdienne, il se produisit une hémorrhagie primitive et une intermédiaire.

Le fil de platine est plus facile à mettre en place que la chaîne d'écraseur ; mais il produit une eschare plus épaisse encore que celle de l'écraseur, qui met un certain temps à se détacher, exposant ainsi le malade non-seulement à ce qu'on a appelé la diphtérie buccale, la broncho-pneumonie puru-

lente, la septicémie, mais encore à des hémorrhagies secondaires plus ou moins fortes au moment où elle se détache. Cette hémorrhagie est difficile à arrêter par suite de l'état de la langue; et elle est particulièrement dangereuse à ce moment où le malade est affaibli.

Dans nos observations, nous avons eu, dans 3 cas, des hémorrhagies secondaires à la suite de l'emploi de l'anse galvanique par la bouche, et dans 5 cas, à la suite de son emploi par la voie sus-hyoïdienne.

Après l'usage de l'écraseur galvanique, il y eut 4 cas de mort par accidents infectieux, avec ou sans hémorrhagies.

Si le chirurgien donne ses préférences à la galvanocaustique, le meilleur procédé de section nous paraît être le suivant: 1^o ponction de la région sus-hyoïdienne, immédiatement en arrière du maxillaire; passage du fil de platine, selon les règles: section transversale de la base de la langue; 2^o ponction en avant de l'os hyoïde; on vient placer l'anse métallique en avant, sous le frein de la langue et on fait la section horizontale d'avant en arrière; on détache ainsi les attaches de la langue au plancher buccal. C'est une combinaison du procédé de Boeckel et de celui de Barker.

F) Thermocautère.

Le thermocautère a été employé dans quelques cas. C'est un instrument incommode quand il faut agir profondément dans la bouche et exigeant l'emploi d'un aide spécial. Comme le galvano-cautère, il produit une section hémostatique; comme lui il a l'inconvénient de produire une eschare épaisse lente à se détacher, exposant aux accidents d'hémorrhagie secondaire et d'intoxication septique.

Mais Langenbeck trouve précisément l'avantage du ther-

mocautère en ce que là destruction peut s'étendre au loin hors des limites de la tumeur. « On détruit ainsi, dit-il, les dernières ramifications du mal. » Si l'on veut l'employer, il faut protéger, comme nous l'avons dit, les parties saines avec le spéculum de Langenbeck, ou un autre instrument analogue. On a dit que le thermocautère alliait l'avantage d'une section hémostatique à la rapidité d'action du bistouri. Cependant cela n'est pas tout à fait exact ; car, après 14 opérations au thermocautère il y eut 7 hémorrhagies primitives, 2 intermédiaires et 3 secondaires.

D'ailleurs, Langenbeck lui-même conseille maintenant de combiner la ligature préventive des artères linguales à l'emploi du thermocautère. Mais il faut ajouter que si le thermocautère est difficile à manier par l'orifice buccal, il est employé avec beaucoup d'avantages dans les cas où la langue a été rendue accessible par les opérations préliminaires et qu'il ne s'agit plus que de la sectionner, en quelque sorte, à ciel ouvert.

Appréciation générale des opérations préliminaires.

Voici les reproches qu'on a fait aux opérations préliminaires : 1° Elles compliquent l'opération principale ; 2° elles surajoutent au traumatisme lingual un autre traumatisme qui aggrave le pronostic ; 3° elles altèrent d'une manière persistante la forme du corps ou les fonctions d'un organe. Ajoutons de suite que ce dernier reproche est bien léger, et qu'un individu ne regardera pas à une ou deux cicatrices, plus ou moins visibles du reste, si on peut le guérir de son cancer, ou bien seulement lui prolonger la vie et la lui rendre plus supportable.

Tout le monde comprend facilement que les opérations pré-

liminaires allongent plus ou moins l'opération principale ; puisque, au lieu d'une opération, on en fait pour ainsi dire deux. Cependant, nous croyons que certaines opérations préliminaires, pour ne pas dire toutes, abrègent la durée de l'opération en général, et en tous cas la facilitent considérablement. Supposons un cancer allant jusqu'à la racine de la langue, empiétant même un peu sur les piliers du voile ou les amygdales ; nous sommes d'avis qu'après la section jugale on pourra enlever avec plus de facilité et par conséquent plus de rapidité, les parties malades, que si on opérât par l'orifice buccal.

Mais, outre cela, les opérations préliminaires sont parfois indispensables. Si, par exemple, la partie antérieure du plancher buccal et la gencive qui revêt la face postérieure du maxillaire sont envahies, on comprend facilement que, si on veut enlever ces parties par l'orifice buccal, l'opération sera sinon impossible, du moins très difficile. Si, au contraire, on fait la section médiane du maxillaire, on pourra manœuvrer convenablement ses instruments et se rendre un compte exact de ce que l'on fait

Les opérations préliminaires sont donc destinées à faciliter l'opération d'exérèse, et à permettre une ablation plus complète des parties malades, et partant une opération plus efficace. Quant à dire que les opérations préliminaires aggravent le pronostic, cela n'est pas vrai pour toutes. La section de la joue, par exemple, la ponction ou l'incision latérale sus-hyoïdienne n'ajoutent pas beaucoup à la gravité du pronostic ; il en est tout autrement, il est vrai, de la section du maxillaire, car on sait que les plaies osseuses ouvertes offrent en général plus de gravité que les plaies des parties molles ; aussi ne doit-on recourir à ce dernier procédé que quand la chose est absolument nécessaire

Ajoutons cependant qu'avec les pansements antiseptiques modernes, ou plutôt avec les soins de propreté minutieux, qui sont la règle de conduite de tous les chirurgiens de notre époque, le pronostic des plaies, voire même des plaies osseuses, a considérablement changé.

Nous terminerons en citant ces paroles de Kirmisson (Thèse, Paris, 1879) : « L'opération préliminaire la plus avantageuse sera, bien évidemment, celle qui remplira le mieux le but qu'on se propose : à la condition que les dangers qu'elle offre, ne l'emportent pas sur son utilité. »

5° Choix des méthodes et procédés opératoires.

Un chirurgien se trouve en présence d'un malade atteint d'un épithélioma de la langue qu'il est décidé à opérer. Quelles sont les considérations qui vont le guider dans le choix de la méthode opératoire à employer ? et pourquoi va-t-il opter en faveur de l'une, plutôt qu'en faveur de l'autre ?

Cherchons à résoudre cette question d'une façon aussi pratique que possible, et demandons-nous d'abord ce que l'on recherche par l'opération ? Il s'agit d'essayer de guérir le malade, cela va sans dire. Or, pour arriver à ce but, il faut d'une part faire une opération aussi bénigne que possible pour éviter les accidents immédiats des plaies buccales, dont nous avons parlé antérieurement, et d'autre part faire une ablation très-large des parties malades pour éviter la récurrence, ce qui veut souvent dire faire une opération grave.

Comment alliera-t-on ces deux desirata : Faire une opération complète et malgré cela bénigne ? Cela dépendra beaucoup de l'étendue du mal.

Si le cancer est récent, petit, bien limité à la partie antérieure de la langue, on peut supposer, qu'à ce moment, les

lymphatiques et les ganglions n'ont pas encore été envahis ; aussi presque tous les chirurgiens sont d'avis que si l'on opère ainsi dès le début le cancer de la langue, on peut se borner à enlever la partie malade, c'est-à-dire le foyer lingual, qui aurait servi de point de départ à l'infection ultérieure. On devra, dans ce cas, enlever le mal largement, ce que l'on pourra parfaitement faire par la voie buccale, sans avoir d'accidents opératoires graves à redouter.

Tout le monde convient que par les voies naturelles on peut enlever facilement les cancers limités au 1/3 antérieur de la langue. Mais si le cancer est plus ancien, s'il a déjà (pour prendre le cas le plus difficile) envahi le plancher de la bouche, les piliers du voile ; s'il y a des ganglions sous-maxillaires engorgés, que doit-on faire en pareil cas ? Si l'on se décide à opérer, le danger qu'on doit le plus chercher à éviter ici, nous semble être la récurrence rapide qui est ordinairement due à ce qu'on fait des opérations parcimonieuses et insuffisantes. Or nous savons que le développement de l'épithélioma primitif ou récidivé se fait toujours dans 3 foyers : *lingual, buccal, ganglionnaire*.

Si donc ces trois foyers sont envahis, on doit les enlever nécessairement ; si nos moyens d'exploration nous les montrent comme étant encore indemnes, on doit, d'après certains chirurgiens, en faire l'ablation préventive. C'est dans ce sens qu'abondent de nos jours Verneuil et Terrillon, à la suite du professeur Kocher de Berne. C'est Kocher qui, le premier, recommanda d'enlever toujours les ganglions tributaires de la région malade, fussent-ils, ou non, sensibles à la palpation.

• Chez deux malades chez lesquels j'ai fait l'ablation d'un cancer de la langue, par la voie sus-hyoïdienne, dit Terrillon,

il n'y avait aucune apparence de dégénérescence ganglionnaire. Cependant, après l'ablation, j'ai trouvé de petits ganglions indurés, manifestement cancéreux, dont on ne pouvait soupçonner l'altération avant l'opération. »

Kocher recommande aussi d'enlever les parties molles du plancher buccal, du côté malade, qu'on y sente ou non des noyaux d'induration ; de cette façon, on sera certain d'enlever les lymphatiques intermédiaires à la région malade et aux ganglions.

Maintenant, comment doit-on procéder pour l'ablation de ces 3 foyers ? Quelle est la méthode opératoire la plus convenable et donnant les meilleurs résultats ?

Voyons d'abord quelles sont les opérations qui permettent d'atteindre chaque foyer séparément.

Foyer lingual. — Peut facilement être enlevé par la bouche s'il n'est pas trop étendu. Ajoutons même que certains procédés, comme ceux de Billroth et de Whitehead, par exemple, se prétendent suffisants pour faire une ablation de la langue tout entière par l'orifice buccal.

Il va sans dire qu'on doit faire une ablation large, pratiquer la section dans les tissus sains et loin des limites du mal. Ces préceptes doivent toujours être observés, quels que soient la méthode et le procédé opératoire employés. Pour plus de sûreté, quelques chirurgiens plongent encore dans le moignon de la langue restant un cautère quelconque, afin de détruire les traînées épithéliomateuses qui pourraient encore s'y trouver.

Si le foyer lingual s'étend vers l'arrière, pour l'enlever plus commodément, on peut combiner la voie jugale à la voie buccale.

Foyer buccal. — Si le foyer buccal est peu étendu, s'il s'agit

seulement d'un épithélioma développé sur le bord de la langue, qui aura fusé un peu vers la muqueuse du sillon linguo-alvéolaire, si la base seulement du pilier antérieur du voile du palais est prise : voilà des cas où, tout en opérant encore par la voie buccale, on pourra enlever assez facilement toutes les parties malades. Ici encore, la combinaison de la voie buccale et de la voie jugale pourra être d'un grand secours, dans certaines circonstances qu'il dépendra du chirurgien de déterminer au moment de l'opération.

Il nous faut reconnaître que la voie maxillaire médiane, ou latérale, offre des avantages réels ; la section médiane est presque la seule applicable dans certains cas, où la tumeur occupe la partie antérieure du plancher buccal et empiète plus ou moins sur la gencive de la face interne du maxillaire ; elle donne un accès direct sur les parties malades, et le chirurgien peut opérer en se rendant un compte exact de ce qu'il fait.

Si l'on sectionne latéralement le maxillaire, comme le fait Langenbeck, on a également accès sur le foyer ganglionnaire et on aborde plus directement la partie latérale du plancher buccal.

Dans les cas encore, où un côté seul du plancher buccal est envahi, si la gencive est intacte, on peut avec avantage employer l'incision latérale sus-hyoïdienne, qui permet d'enlever facilement toute une moitié de la langue et du plancher buccal.

La voie sus-hyoïdienne bilatérale, autrement dit, le procédé sus-hyoïdien à lambeau médian de Billroth, permet d'enlever toute la langue jusqu'à l'os hyoïde, et d'enlever également toute la largeur du plancher buccal ; mais c'est là une opération grave, comme nous le verrons.

Foyer ganglionnaire. — Pour enlever le foyer ganglionnaire, il faut de toute nécessité faire une incision au niveau de la région sous-maxillaire, d'un seul ou de deux côtés, suivant que les ganglions malades sont uni ou bilatéraux. Maintenant, il faut dire que ces incisions sus-hyoïdiennes latérales sont : ou bien destinées spécialement à l'ablation des ganglions, ou bien destinées à faire la ligature préventive des artères linguales (Billroth), et servent subsidiairement à l'extirpation des ganglions ou à pénétrer dans la cavité buccale et à enlever simultanément le foyer ganglionnaire, le foyer buccal et le foyer lingual.

La dernière manière de faire, comprend les procédés d'incision latérale sus-hyoïdienne et les procédés sus hyoïdiens à lambeaux.

L'incision latérale permet l'ablation des 3 foyers, quand il n'y a qu'un seul côté envahi ; en combinant l'incision latérale avec une incision verticale parallèle au bord antérieur du sterno-mastoïdien, on a le procédé de Kocher, qui permet également d'enlever les ganglions carotidiens supérieurs. L'incision latérale a, en outre, comme nous le dirons, l'avantage de servir pour le drainage ultérieur. L'incision bilatérale (procédé de Billroth, de Regnoli, etc.), offre les mêmes avantages : elle permet d'enlever largement les 3 foyers, sert au drainage ultérieur, mais semble prédisposer aux accidents infectieux et aux complications opératoires.

C'est sous ce dernier point de vue que nous devons maintenant juger les différentes méthodes. *La voie buccale* est excellente et donne de bons résultats dans les cas que nous avons indiqués. L'hémorrhagie est ordinairement insignifiante, facile à arrêter, et la cicatrisation rapide. Les lavages désinfectants suffisent parfaitement à nettoyer la bouche.

Si on fait l'extirpation de toute la langue, ou seulement des deux tiers antérieurs, la voie buccale peut encore être mise à profit, comme nous l'avons dit; mais dans ces cas, l'hémorrhagie peut déjà être plus grave, et il peut se produire des accidents d'infection. Aussi, quand on se décide à faire l'extirpation d'une grande partie de la langue par la bouche, a-t-on recours le plus généralement à la ligature préventive des linguales, si l'on emploie l'exérèse sanglante, et au drainage du plancher buccal.

Nous avons déjà parlé de la *voie jugale*; c'est une ampliation de la voie buccale; elle n'offre aucun danger et n'est jamais la source de complications sérieuses.

La ponction sus-hyoïdienne n'offre aucun danger, au point de vue opératoire; au contraire, le trou de ponction pourra servir pour le drainage ultérieur de la cavité buccale.

Nous pourrions répéter la même chose, à propos de l'*incision médiane* ou *latérale*. Quant au *procédé à lambeaux*, d Billroth, il permet, comme l'incision latérale, de faire la ligature préventive des linguales; mais par suite de la section de l'insertion antérieure des génio-hyoïdiens, il expose à des accidents sérieux d'infection. Billroth, en 1873, présenta à la Société des chirurgiens allemands, un travail sur l'ablation de la langue par la région sus-hyoïdienne; sur 10 opérations, il compte 4 morts, ce qui donne une proportion de 40 0/0. Nous n'avons pu recueillir que 8 observations où l'on employa le procédé sus-hyoïdien à lambeaux; il y eut 4 morts, c'est-à-dire 50 0/0. La *section maxillaire*, médiane ou latérale, donne un accès facile sur la tumeur, et permet de lier directement les artères dans la plaie. Mais elle ne permet de faire un drainage exact, que si on perfore le plancher buccal, à moins qu'on ne pratique le procédé de Richet, qui seul

permet de placer le drain à la partie postérieure et déclive du plancher buccal, comme on doit le faire.

Nous ne parlerons pas de la *résection temporaire*, qui n'est qu'un procédé d'exception. Nous ne nommerons les *résections permanentes*, que pour dire qu'elles peuvent se combiner avec différents procédés, dont elles ne sont qu'un temps surajouté, et nécessaire, mais que, par elles mêmes, elle ne constituent aucune méthode spéciale.

Toutes les sections osseuses, et la section du maxillaire inférieur entre autres, présentent de graves inconvénients. Sur 42 de cas de section médiane du maxillaire, nous avons 10 cas de morts par accidents infectieux = 23,8 0/0. Sur 18 cas de section latérale, nous avons 5 cas de mort = 27,7. Après 16 résections permanentes, il y eut 4 cas de mort. Il se produisit, dans un certain nombre de cas, de la nécrose, des fistules, des pseudarthroses ; pour les chiffres exacts de ces accidents, nous renvoyons à notre analyse des observations.

Nous ne nous attarderons pas à rechercher s'il existe un rapport entre la marche plus ou moins rapide de la récurrence et les différentes opérations préliminaires. Si l'épithélioma dure déjà depuis un certain temps, on choisira la méthode la plus propre à enlever les 3 foyers ; voilà tout ce qu'on peut dire.

Il faut donc être avant tout éclectique.

Nous ne pouvons cependant pas quitter cette question, sans faire ressortir les avantages du *procédé buccal de Billroth*, après ligature préventive des artères linguales ; il permet d'enlever les 3 foyers, de faire une section rapide, sèche, permettant de se rendre un compte exact de ce que l'on fait.

Voyons rapidement quels sont les avantages de ce procédé ; il réunit les avantages de l'incision latérale sus-hyoïdienne ou du procédé à lambeau, suivant qu'on fait la ligature d'un

seul ou des deux côtés, et n'en a pas les inconvénients. Par les plaies de ligature, on peut en effet parfaitement enlever le foyer ganglionnaire et une partie du foyer buccal dont on enlèvera le restant par la bouche, sans être forcé de sectionner les insertions des génio-glosses, comme on le fait d'un seul ou des deux côtés, dans les deux procédés sus-hyoïdiens. Le foyer lingual, et ce qui reste du foyer buccal, s'enlèvera facilement par la bouche.

On pourra, au besoin, associer au procédé de Billroth, la section jugale pour agrandir la voie.

Supposons une tumeur occupant le sillon linguo-maxillaire d'un côté et empiétant sur la gencive ; les ganglions lymphatiques sont également envahis de ce même côté : on enlèvera le foyer ganglionnaire par la plaie de ligature de la linguale, faite du côté malade. La destruction du foyer buccal et l'ablation de la gencive se feront par la bouche, et après section latérale de la joue, du côté opposé ; on fait la section jugale du côté opposé, afin de pouvoir aller plus facilement ruginer la gencive malade

Le procédé de Billroth permet donc, de cette façon, de faire une opération offrant autant de garanties, au point de vue de la récurrence, que la section du maxillaire ; et il ne présente pas les mêmes dangers que cette dernière, eu égard aux complications opératoires.

Le procédé de Billroth nous amène tout naturellement à parler du mode d'exérèse que l'on doit préférer. Mais, c'est une question qui a déjà été traitée ci-dessus, et nous n'y reviendrons pas.

Nous nous contenterons de dire que, dans le procédé de diérèse, comme dans le choix de la méthode, il faut être électique.

Il est encore une question dont nous croyons devoir dire quelques mots. Nous venons de passer en revue les moyens opératoires employés pour faire l'opération dans les meilleures conditions possibles; nous avons vu quels efforts les chirurgiens ont fait dans ce sens, et comme ils ont erré de côté et d'autre, tâtant un peu de tout, pour être forcés de reconnaître en fin de compte, qu'il n'y a pas de méthode spéciale et qu'on doit employer tel ou tel procédé, suivant les cas.

Mais je suppose qu'on ait enlevé exactement les trois foyers indiqués, pourra-t-on se fier dans l'avenir et ne pas craindre une récurrence de si tôt? A notre avis, non; car si on est garanti contre la récurrence par continuation, la récurrence par répullulation est encore là. Les guérisons que nous obtenons, dit Desprès, ne sont que des guérisons temporaires; cette guérison temporaire dure davantage, lorsque l'épithélioma est opéré de bonne heure, mais nous n'avons pas le droit de dire autre chose. La tumeur est enlevée, mais l'état constitutionnel reste.

Je mets au défi, dit le même chirurgien, qu'on me montre un malade opéré depuis 10 ans d'un épithélioma papillaire à globes épidermiques ou tubulé.

Je suis complètement de l'avis de Desprès, et je crois que, en ce qui concerne le pronostic de l'opération du cancer de la langue, les chirurgiens ont fait fausse route jusqu'à présent.

Il est évident que l'ablation précoce et complète des parties malades ont leur importance; mais la nature histologique de la tumeur me paraît être le fait capital et le seul sur lequel à l'avenir, le pronostic puisse s'asseoir d'une façon solide.

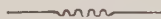
Comme nous l'avons dit plus haut, le professeur Michel nous paraît être le seul qui, jusqu'ici, ait appelé l'attention sur cette importante question.

Les cancers de la langue n'ont évidemment pas tous la même origine. Les uns paraissent être simplement des espèces de tumeurs hypertrophiques, dont le développement est dû pour la plus grande partie, à des causes d'irritation locale; ils ont une marche ordinairement lente. Les autres, de nature essentiellement diathésique, poussent plus ou moins vite et leur ablation est suivie d'une récurrence presque fatale, ce qui n'a pas lieu dans le premier cas.

Mais, nous dira-t-on, ne serait-il pas plus commode de se baser sur la durée et la marche plus ou moins lente de l'affection pour pouvoir établir son pronostic? Nous croyons qu'il y aurait là des causes d'erreur inévitables, car beaucoup de malades ne remarquent leur mal que quand la tumeur commence à s'accroître et à devenir douloureuse; ils ne pourraient donc nous donner que des renseignements faux sur la durée.

De plus, une autre cause d'erreur tient à ce que certains épithéliomas d'origine simplement hypertrophique au début, peuvent, à un moment donné, devenir diathésiques, sous l'influence d'un changement survenu dans la constitution de l'individu.

Le meilleur garant du pronostic nous paraît donc toujours être le microscope.



DE L'OPÉRATION DANS LES RÉCIDIVES

Le cancer de la langue a été opéré avec toutes les précautions indiquées, la guérison opératoire a été obtenue plus ou moins rapidement; mais voilà qu'après un temps plus ou moins long, il s'est produit une récurrence dans l'un ou dans l'autre des trois foyers, lingual, buccal, ou ganglionnaire.

Que doit-on faire en pareille occurrence? Doit-on rester les bras croisés en face de la récurrence, et se contenter d'un traitement médical palliatif ou bien, doit-on tenter une nouvelle ablation des parties malades?

On ne peut tracer à priori de ligne de conduite certaine; tout dépend de l'endroit où s'est produite la récurrence et de sa plus ou moins grande extension. -- Supposons qu'après une extirpation incomplète de la langue, il se produise une récurrence dans le moignon restant, sans extension aux parties voisines; dans ce cas, on doit se hâter d'enlever tout ce qui reste de la langue.

Si, au contraire, la tumeur de récurrence occupe le plancher buccal, on doit, selon la position qu'elle occupe, suivre les indications que nous avons données précédemment à propos du choix de telle ou telle méthode. Si la tumeur a envahi la partie antérieure ou la partie latérale du maxillaire inférieur, on fera comme dans le cas de tumeur primitive, la résection d'une plus ou moins grande étendue de l'os.

Si, développée dans la rainure bucco-linguale, la récurrence s'est propagée aux piliers du voile, à l'amygdale, au pharynx, il faudra, dans le cas où l'on voudrait tenter l'opération, faire la pharyngotomie suivant le procédé de Kocher.

On enlèvera les ganglions sous-maxillaires dès qu'ils commenceront à s'indurer; si la récurrence est déjà ancienne, et qu'ils aient contracté des adhérences avec la face interne du maxillaire, on fera, suivant les cas, tantôt la simple rugination, tantôt la résection de l'os.

La difficulté augmente dans le cas où ce sont les ganglions carotidiens qui sont envahis; car on sait qu'ils contractent facilement des adhérences avec les parties voisines. Souvent ils paraissent mobiles au moment de l'examen, puis pendant le cours de l'opération, on est obligé d'enlever avec eux une partie des vaisseaux et nerfs de la région, comme cela est arrivé dans certaines observations de Wœlfler, Kocher, Rose.

Aussi, c'est pour éviter ces délabrements chirurgicaux que Luton a conseillé d'avoir recours aux *injections interstitielles* dont nous avons déjà parlé en nous occupant du traitement chirurgical palliatif.

« Le mode de terminaison de ces injections irritantes, est la résorption pure et simple, ou la momification des points touchés, sans que l'élimination par escharification ou par suppuration ait paru indispensable, comme on aurait pu le penser au premier abord. »

Au point de vue de l'intervention, il faut aussi remarquer que la marche de la récurrence n'est pas toujours identique; le plus souvent, il se produit sur la cicatrice ou ses environs, un petit bourgeon de néoformation qui, par la suite, s'étend peu à peu; ou bien un ganglion se prend d'abord, puis au bout de quelque temps un second, puis un troisième. D'autre fois, au

contraire, et c'est surtout pour la récurrence ganglionnaire que cela se voit, l'épithélioma se reproduit brusquement, envahit en quelques jours tous les ganglions du cou.

Quand la récurrence revêt la première forme, on doit se hâter d'enlever ou de détruire rapidement tout ganglion ou tout bourgeon suspect, et de poursuivre la néoformation partout et sous toute forme.

En présence de la seconde forme, au contraire, on sera le plus souvent obligé de s'avouer vaincu.

Enfin, dans certains cas où les malades encore effrayés d'une première opération, attendent trop longtemps avant de consentir à se laisser opérer à nouveau, on se trouve souvent désarmé comme dans les cas à marche rapide; la tumeur trop étendue n'est plus susceptible du traitement chirurgical actif; et on doit simplement se borner à appliquer les règles du traitement chirurgical palliatif.



CONCLUSIONS

1° Les difficultés du traitement chirurgical du cancer de la langue, proviennent des risques d'hémorrhagie primitive, du manque de place pour opérer commodément dans la cavité buccale, et de la grande étendue de tissus que l'on doit enlever pour se mettre à l'abri de la récurrence rapide.

2° L'ablation de la langue se pratique tantôt par l'orifice buccal ou les voies naturelles, tantôt par des voies artificielles ou après opérations préliminaires.

3° Les procédés d'excision employés sont ceux de la diérèse sanglante et de la diérèse non sanglante.

4° Les risques et résultats immédiats de l'opération, sont le plus souvent indépendants de la volonté du chirurgien ; dans certains cas cependant, il peut les prévoir et les prévenir jusqu'à un certain point par l'emploi de moyens spéciaux.

5° Les résultats éloignés sont, avant tout, les récurrences, qu'on doit chercher à éviter autant que possible en enlevant les trois foyers : lingual, buccal, ganglionnaire.

6° D'une manière générale, le traitement chirurgical du cancer de la langue est indiqué.

7° L'opération doit être faite le plus tôt possible.

8° Il faut opérer non seulement les cas simples, mais aussi ceux où l'affection n'est plus limitée à la langue, et a déjà envahi les voies lymphatiques dans une certaine mesure.

9° Suivant les cas, on aura recours à la voie naturelle ou artificielle, et à tel ou tel procédé d'exérèse. On ne peut fixer aucune règle à cet égard ; tout dépend de l'étendue du mal et un peu des préférences du chirurgien. Cependant il faut être éclectique avant tout.

10° Dès que la récurrence commence à se manifester, il faut la combattre vigoureusement ; si elle est déjà trop étendue pour permettre une ablation radicale, se contenter alors d'un traitement palliatif.



OBSERVATIONS

(RÉSUMÉES).

I. — MÉTHODES D'ABLATION PAR L'ORIFICE BUCCAL.

A — Ablation avec le bistouri.

1. — Berend. *Deutsche Klinik*, n° 50, 1876., p. 467). — F., 52 ans. Epithélioma datant de 3 ans et occupant toute la moitié gauche de la langue. Opération par le procédé de Dieffenbach : on traverse les parties saines de la langue, en arrière de la tumeur, avec quatre aiguilles armées d'un fort fil ; ces fils servirent à tirer la langue au dehors. On sectionna alors en avant des fils avec le bistouri et on pratiqua la suture immédiate, pour arrêter l'hémorrhagie. Une légère hémorrhagie qui se produisit le soir fut arrêtée par un tamponnement au perchlorure de fer. La guérison se fit rapidement : 3 mois après l'opération, le malade allait bien.

2. — (Boyer. *Schmidt's Jahrbücher*, 1860, p. 251). — Cancer de la partie médiane de la pointe. Incision cunéiforme ; suture de lambeaux : pas d'hémorrhagie. Guérison le 8^e jour.

3. — (Cock. *Med. Times and Gaz.*, 9 août 1856). — F., 36 ans. Ablation de la pointe et d'une partie du côté gauche de la langue atteinte de cancer. L'hémorrhagie s'arrête d'elle-même. Guérison rapide.

4. — (Danzmann. *Loder's Journ.* II. 1., p. 15, 1798). — H., 37 ans. Cancer occupant la partie antérieure de la moitié droite de la langue. Incision, sans hémorrhagie inquiétante. Guérison en 5 semaines. Pas de récurrence, 10 mois plus tard.

5. — (Delpech. *Revue médicale*, novembre 1831). — Carcinome de la langue allant jusqu'à l'os hyoïde et occupant seulement la moitié gauche. Ablation. Ligature des deux ranines. Guérison.

6. — (Dietz, Bayer, *ärztl. Intell.* — Bl. 31., 1859). — H., 51 ans. Cancer de la moitié droite de la langue. Section médiane antéro-postérieure de la langue, puis section en arrière de la tumeur. On arrête l'hémorrhagie avec de la glace. Pneumonie des lobes supérieurs et moyens droit. Mort le 11^e jour. Abscesses pulmonaires multiples.

7. — (Ferrand. *Société de chirurg.*, 1857., p. 245). — F., 48 ans. Tumeur datant de 6 mois, située sur la partie moyenne du bord de la langue. Ablation avec le bistouri en juin 1857; cautérisation avec le nitrate acide de mercure.

Récidive sur place au bout de 1 mois; pas de ganglions. Ablation avec les ciseaux; cautérisations avec nitrate acide tous les deux jours pendant une semaine. Guérison.

8. — (Flaubert. *Société de chirurg.*, 1857., p. 213). — H., 52 ans. Cancer siégeant sous la langue, à gauche, entre la pointe de l'organe et son bord. Opération. Récidive locale et ganglionnaire trois mois après. Mort d'hémorrhagie.

9. — (Flaubert. *Société de chirurg.*, 1857., p. 213). — H., 60 ans. Cancer du bord gauche de la langue datant de 8 mois. Opération. Au bout de 6 mois, engorgement des ganglions sous-maxillaires et mort.

10. — (Græfe. *Walther's journ.*, XIII., p. 17). — H., 54 ans. Extirpation d'un cancer de la pointe de la langue. Guérison en 3 semaines.

11. — (Guthrie. *Med. Times and Gaz.*, 21 juin 1856). — H., 70 ans. Cancer de la pointe et du bord gauche de la langue. Ablation. Ligature de 4 artères: cautérisation au fer rouge. Guérison.

12. — (Hayward. *Lancet*, 1^{er} mars 1873). — H., 45 ans. Ablation de la langue avec l'instrument tranchant; on arrête l'hémorrhagie par des cautérisations au fer rouge. Avant que la plaie ne fût cicatricée, il y eut une récidive.

13. — (Huguier. *Bull. de la Société de chirurg.*, 1860, 2^e série, p. 450). — F., 69 ans. La tumeur cancéreuse date de 4 ans; elle occupe le côté droit de la langue, près de la pointe. Pas de ganglions sous-maxillaires. Ablation le 15 janvier 1859. Trois mois après l'opération, apparut un ganglion sous-maxillaire au côté droit. Il augmenta lentement. On l'enleva le 12 août 1859.

En février 1860, apparition d'un nouveau ganglion situé au-dessous du précédent; il a le volume d'une noix, et paraît profondément adhérent.

Aucune récidive n'a lieu dans la langue, non plus qu'à l'endroit occupé jadis par le ganglion enlevé.

14. — (Lane. *Med. Times and Gaz.*, 3 février 1856). — H., 42 ans. Excision d'une partie de la langue atteinte de cancer; arrêt de l'hémorrhagie avec de la glace. Mort de pyémie au bout de 3 semaines. Nombreux abcès dans les poumons et les articulations.

15. — (C. J. L. Langenbeck. *Bibliothek f. Chirurg. und Ophtal.* III., 3, p. 487, 1802). — F., 34 ans. Noyau cancéreux occupant la pointe de la

langue ; incision cunéiforme ; suture des lambeaux ; pas d'hémorrhagie. Réunion par première intention.

16. (Larrey. *Société de chirurg.*, 1857, p. 180). — Cancer ulcéré de la langue datant de fort longtemps. Etat stationnaire. Opération. Mort bientôt après, de récurrence.

17. — (Linhart, *Oesterr. Ztsch. f. prakt. Heilk.* III. 3., 1857). — H., 44 ans. Tumeur cancéreuse de la partie antérieure de la langue ; ablation au bistouri ; ligature d'une artère ; réunion par la suture de la muqueuse de la face supérieure à celle de la face inférieure de la langue. Récurrence au bout de 4 mois ; nouvelle opération avec l'écraseur.

18. — (Rudtorffer. *Abh. über der oper. eingekl. Leist. und Schenk. Brüche*, t. I, p. 174. Vienne 1808). — Extirpation de la moitié antérieure de la langue atteinte de cancer. On arrête l'hémorrhagie avec de l'eau fraîche.

19. — Rust. *Aufs. u. Abhdl. u. s. w.* Berlin 1834, t. I., p. 278). — Cancer occupant les trois quarts antérieurs de la moitié gauche de la langue. Ablation au bistouri. On arrête l'hémorrhagie avec de la glace. Pas de récurrence.

20. — (Simon. *Med. Times and. Gaz.*, 5 juin 1857). — Ablation des deux tiers antérieurs de la langue avec le couteau. Arrêt de l'hémorrhagie après le placement d'une ligature et la cautérisation au fer rouge. Hémorrhagie le lendemain, arrêtée par une nouvelle ligature. Guérison au bout de trois semaines.

21. — (Walter. *Dessen und Græfe's Journal*. V. p. 212, 1823). — Cancer de la pointe ; excision cunéiforme ; suture ; pas d'hémorrhagie ; réunion primaire.

22. — (Walther. *Dessen und Græfe's Journal*. V. p. 210, 1823). — F., 52 ans. Cancer de la pointe. Excision cunéiforme ; suture des lambeaux. Pas d'hémorrhagie. Réunion *per primam*.

23. — (C. Weil. *Prager medic. Wochensch.*, t. VII, 1882, p. 183). — H., 45 ans. Tumeur cancéreuse, grosse comme un abricot, sur le bord gauche de la langue. Ganglions sous-mentaux et sous-maxillaires. Excision de la tumeur linguale, en avril 1877 ; suture de la plaie. On enleva aussi les ganglions. Le malade sortit guéri le huitième jour. En août 1874, pas de récurrence locale ; tumeur de la grosseur d'un œuf de poule derrière l'oreille gauche. Inopérable.

24. — (Verneuil. *Société de chirurg.*, 1858, p. 588). — Deux cas d'ablation d'épithélioma de la langue, faite il y a un an. Le premier malade eut une récurrence prompte dans la cicatrice et les ganglions et mourut au bout de peu de temps. Chez le second, il y a une récurrence locale récente ; pas de ganglions.

B. — ABLATION AVEC LES CISEAUX.

1^o Méthode simple.

1. — (Buxdorff. *Act. litt. Helvet.*, t. VII, p. 166, 1772). — Cancer occupant la moitié droite de la langue; ablation avec les ciseaux; hémorrhagie arrêtée par le fer rouge et la glace. Vu la lenteur de la cicatrisation, on appliqua encore 3 fois le fer rouge. Guérison au bout de 4 mois. 5 mois plus tard, récidive dans les ganglions parotidiens et sous-maxillaires.

2. — (De Haën. *Prælect. in Borhavi instit.*, p. 197). — F., 50 ans. Cancer occupant la moitié droite de la langue, ablation de toute cette moitié avec des ciseaux; arrêt de l'hémorrhagie avec le fer rouge. Après la guérison de la plaie, il survint une récidive avec gonflement des glandes salivaires. Mort bientôt après.

3. — (Heyfelder. *Prag. Vjrschr.*, XXXVII, p. 36, 1850). — H., 40 ans. Cancer de la moitié gauche de la langue, datant de 3 ans. Ablation avec des ciseaux; arrêt de l'hémorrhagie avec de l'eau fraîche. Mort de pyémie, 20 jours après l'opération.

4. — (Heyfelder. *Studien im Gebiete der Heilwissensch.*, 1838, t. I, p. 190). — F., 58 ans. Cancer de la pointe. Ablation avec des ciseaux. Arrêt de l'hémorrhagie avec de la glace. Guérison le 12^e jour. Récidive au bout de 6 mois dans la langue et la matrice.

5. — (Heyfelder. *Prag. Vjrschr.*, XXI, p. 299). — H., 50 ans. Ablation de la moitié gauche de la langue atteinte de cancer. Pour arrêter l'hémorrhagie, on lia l'artère ranine et on cautérisa la plaie au fer rouge. Guérison le 18^e jour. Récidive dans le moignon de la langue, 7 semaines plus tard. Ablation après section de la joue et ligature hémostatique préventive de la langue. On lia la ranine. Guérison le 7^e jour.

6. — (Labbé, *in thèse Anger*, Paris, 1873, p. 79). — H., 53 ans. Légère induration occupant la partie moyenne du bord latéral gauche de la langue. Pas de ganglions. En mai 1868, ablation de la tumeur avec les ciseaux, puis cautérisation au fer rouge. Au bout de 3 mois, infection ganglionnaire. Mort sans récidive linguale.

7. — (Labbé, *in thèse Anger*, Paris, 1872, p. 78). — Au niveau de la partie moyenne de la portion latérale droite de la langue, se trouve un noyau induré rebelle au traitement syphilitique. Pas de ganglions. — Opération le 26 janvier 1868. Section avec des ciseaux courbes, portant à 2 cent. environ au-delà de la partie indurée. Cautérisation au fer rouge des surfaces saignantes. Au bout de 8 jours, chute des eschares. Dans le courant du mois

de mai, les ganglions sous-maxillaires devinrent volumineux et durs. Le malade mourut vers 1868, sans récurrence linguale.

8. — (Lenoir. *Union médicale*, t. I, 1847, p. 185). — F., 54 ans. Le début de l'affection remonte à quatre ans. Ulcération de 1 cent. carré environ de la partie moyenne du bord droit de la langue. Excision de la tumeur par la bouche, avec des ciseaux courbes. On arrête, par une cautérisation au fer rouge, l'hémorrhagie qui est assez abondante. Guérison.

9. — (Wœlfier. *Arch. Langenbeck*, t. XXVI, p. 334). — H., 61 ans. Depuis 3 mois, le patient a remarqué une dureté sur sa langue. Langue épaissie dans sa moitié antérieure ; plaques opalines autour d'un noyau d'infiltration. Pas de ganglions. Le 19 février 1878, extirpation de la langue par la bouche. Chaque vaisseau qui saigne est lié ou tordu. Glace ; solution de permanganate de potassium pour rincer la bouche. Hémorrhagie peu intense dans l'après-midi, arrêtée par la torsion de deux artères. Guérison le 6 mars 1878. A la fin de juin 1878, il n'y a pas de récurrence ; cicatrice molle, pas de gonflement, les ganglions paraissent en bon état. Le 22 juillet 1878, mort subite, sans cause connue.

10. — (Wœlfier. *Arch. Langenbeck*, t. XXVI, p. 334). — H., 56 ans. Depuis 1874, tumeur rouge et douloureuse sur le bord droit de la langue. On constate actuellement une tumeur cancéreuse allongée de 2 cent. 1/2 de long, infiltrée jusqu'à la base. Le 22 juillet 1877, excision par la bouche avec des ciseaux courbes. Ligature de l'artère ranine. On fit consécutivement l'excision d'une partie suspecte. Glace. Nettoyage avec une solution de permanganate de potassium. Suites heureuses. Guérison le 19 juillet 1877, après sept jours. Point de récurrence depuis 3 ans.

11. — (Wœlfier. *Arch. Langenbeck*, t. XXVII, p. 334). — H., 35 ans. Au côté gauche de la langue, récurrence cancéreuse du volume d'une noix, sur le bord de la cicatrice résultant d'une première excision faite le 21 décembre 1873 ; on avait lié en même temps l'artère linguale gauche, et enlevé un peu plus tard les ganglions sous-maxillaires engorgés. Le 8 mai 1877, on excise le noyau de récurrence et on fait l'hémostase dans la plaie. On nettoie la plaie avec le permanganate de potasse. Une légère hémorrhagie qui se produit la deuxième semaine, fut arrêtée par l'application de glace. Guérison le 19 mai 1877 après 11 jours. En août 1877, le patient se montre avec de gros ganglions cancéreux dans la région sous-claviculaire. Inopérable. Mort en octobre 1877.

12. — (Wœlfier. *Arch. Langenbeck*, t. XXVI, p. 334). — H., 66 ans. Souffre depuis 25 ans de psoriasis lingual ; depuis 3 ans, il porte sur le bord droit de la langue, un noyau qui ne s'est pas étendu. Depuis juillet 1876, induration sur le bord droit de la langue, qui croît rapidement. Pas de ganglions.

Excision de la tumeur le 12 février 1877 ; on enlève d'un bout à l'autre 1 centimètre du bord de la langue. Ligature des deux artères ; pas de suture. Glace. Cautérisation avec des cristaux de permanganate de potasse. Suites heureuses. Hémorrhagie arrêtée par tamponnement. Guéri le 26 février 1877, après 14 jours. Le 11 janvier 1879, à cause d'une récurrence locale, section transversale de la langue. Ligature en masse de l'artère linguale ; ligatures isolées de petites artères. Hémorrhagies répétées. Guérison.

En septembre 1879, ganglion lymphatique au cou, plus gros qu'un œuf de poule. Inopérable.

13. — (Wœlfli. *Arch. Langenbeck.*, t. XXVI, p. 336). — H., 44 ans. Tumeur cancéreuse datant de 3 mois, occupant la partie postérieure du bord droit de la langue, et les parties voisines du plancher de la bouche. Excision le 24 juillet 1879. Ligature de la linguale dans la plaie. Pas de cautérisation, pas de drainage. Lavage avec une solution de permanganate. Récurrence buccale en septembre 1880.

14. — (Wœlfli. *Arch. Langenbeck.*, t. XXVI, p. 336). — H., 38 ans. Induration occupant la moitié antérieure de la langue ; le début remonte à 8 mois. Le 16 décembre 1878, on fait la section transversale de la langue par la bouche, avec des ciseaux.

On pratique l'hémostase dans la plaie ; 12 ligatures en masse. Lavages au permanganate. Pas de drainage. Guérison au bout de 16 jours. Mort le 4 juillet 1879, de récurrence dans les ganglions du cou.

15. — (Wœlfli. *Arch. Langenbeck.*, t. XXVI, p. 336). — H., 45 ans. Cancer datant de 10 ans, occupant la postérieure de la langue. Extirpation par la bouche, avec des ciseaux, le 24 octobre 1877. On dut lier deux artères. Guérison. 1 an après, récurrence locale dans le plancher de la bouche et dans les ganglions. Extirpation du plancher de la bouche et des ganglions. Mort de pyémie.

16. — (Wœlfli. *Arch. Langenbeck.*, t. XXVI, p. 336). — H., 51 ans. Opéré en mars 1876 d'un cancer sublingual ; récurrence au bout de 3 mois. Extirpation de la tumeur le 21 février 1877. Ligature de l'artère sublinguale. Excision du plancher buccal par la bouche. Drainage et lavages antiseptiques. Guérison au bout de 4 semaines. Mort le 7 juillet 1877, de récurrence locale et ganglionnaire.

17. — (Wœlfli. *Arch. Langenbeck.*, t. XXVI, p. 336). — H., 42 ans. L'affection date de 2 ans et demi. Tumeur cancéreuse occupant le côté droit de la langue, et s'étendant un peu sur le plancher de la bouche. Ganglion induré à droite. Le 7 décembre 1877, on fait l'excision par la bouche ; pas de ligature artérielle ; hémostase dans la plaie. Légère hémorrhagie dans l'après-

midi. Pas de cautérisation au permanganate. Pas de drainage. Le lendemain de l'opération, il se produisit une infiltration phlegmoneuse du plancher de la bouche et du cou. Le 9 décembre, on fait la trachéotomie. Mort le même jour. A l'autopsie, on trouve de la diphtérie buccale et des signes de septicopyémie.

18. — (Wœlfler. *Arch. Langenbeck.*, t. XXVI, p. 336). — H., 69 ans. Cancer ulcéré occupant le bord gauche de la langue; ganglions sous-maxillaires à gauche. Excision de la tumeur et d'une partie du plancher de la bouche le 2 juillet 1879; hémostase après chaque coup de ciseaux. Cautérisation avec des cristaux de permanganate. Pas de drainage. Guérison après 10 jours. Extirpation des ganglions le 27 août 1877. En décembre 1879, il n'y avait pas de récurrence buccale, mais des ganglions sous-maxillaires ulcérés. Mort d'érysipèle le 12 février 1880.

19. — (Wœlfler. *Arch. Langenbeck.*, t. XXVI, p. 338). — H., 36 ans. Cancer du frein, datant de 9 mois, et ayant envahi la gencive de la partie médiane du maxillaire. Ganglions sous-mentaux depuis 3 mois. Opération le 2 juillet 1880 : ablation des dents canines et incisives, rugination de la gencive, ablation des parties malades avec des ciseaux courbes; ligature des artères dans la plaie. Cautérisation avec des cristaux de permanganate, une heure après l'opération. Pas de drainage. Le 13 juillet, on enlève un ganglion cancéreux. Guérison le 24 juillet. Récidive dans la glande sous-maxillaire gauche, qu'on enlève avec plusieurs ganglions, ainsi que le périoste de la face interne du maxillaire.

On ouvre le plancher de la bouche, et on place un drain. Guérison le 26 octobre 1880. Au bout de 1 mois, récurrence dans le plancher buccal. Inopérable.

20. — (Wœlfler. *Arch. Langenbeck.*, t. XXI, p. 338). — H., 63 ans. Cancer dont le début remonte à 10 mois, occupant la partie antérieure du plancher buccal, ayant envahi également la gencive qui recouvre la face interne de la branche droite du maxillaire inférieur. Plusieurs ganglions sous-mentaux sont indurés. Opération le 28 octobre 1880 : on résèque le bord alvéolaire du maxillaire inférieur, on rugine la gencive, et on enlève avec des ciseaux courbes les parties malades du plancher buccal. On lie deux artères. Puis on extirpe les ganglions par une incision faite à la peau sur la ligne médiane. Drainage; pas de cautérisations; lotions avec une solution de permanganate. On enlève le drain le 4 novembre. Guérison le 11 novembre.

21. — Wœlfler. *Arch. Langenbeck.*, t. XXVI, p. 338). — H., 49 ans. Cancer datant de 1 an et demi, occupant la moitié antérieure de la langue. Le 9 octobre 1879, excision cunéiforme, sans ligature préventive de la

linguale. Lotions avec une solution de permanganate. Guérison le 8^e jour.

22. — (Wœlfler. *Arch. Langenbeck.*, t. XXVI, p. 338). — H., 73 ans. Cancer du frein datant de 9 mois. Extirpation par la bouche avec des ciseaux le 25 mai 1880. Légère hémorrhagie dans l'après-midi : on laisse une pince hémostatique à demeure. Cautérisation avec des cristaux de permanganate. Guérison le 12^e jour.

23. — (Wœlfler. *Arch. Langenbeck.*, t. XXVI, p. 338). — H., 60 ans. Epithélioma du frein de la langue, datant de cinq semaines. Extirpation par la bouche, avec des ciseaux, le 25 mai 1880. Cautérisation avec des cristaux de permanganate. Guérison au bout de 8 jours. En septembre 1880, il n'y avait pas de récurrence.

24. — (Wœlfler. *Arch. Langenbeck.*, t. XXVI, p. 338). — H., 47 ans. Cancer occupant le bord gauche de la langue, et le plancher buccal ; le début remonte à 6 mois. Pas de ganglions. Ablation des parties malades avec des ciseaux courbes, le 3 février 1871. Hémostase dans la plaie. On ne passa pas de drain. Légère hémorrhagie, 4 heures après l'opération. Cautérisation avec des cristaux d'hypermanganate de potassium. Il se produit une infiltration purulente du plancher buccal, et la mort arrive le 11 février.

25. — (Wœlfler. *Arch. Langenbeck.*, t. XXVI, p. 338). — H., 45 ans. Tumeur cancéreuse occupant le sillon linguo-buccal gauche, au niveau de la première molaire. Le début remonte à cinq mois. Extirpation avec des ciseaux courbes, le 12 novembre 1879. Drainage. Lavage avec une solution concentrée de permanganate. Le 24 novembre, hémorrhagie importante par la bouche. Mort 3 semaines après l'opération, de pneumonie.

26. — (Wœlfler. *Arch. Langenbeck.*, t. XXVI, p. 424). — H., 58 ans. Extirpation de la moitié droite de la langue, et de la partie du plancher buccal y adhérent, sans ligature préalable de l'artère linguale.

On enlève la canine droite et les deux premières molaires, afin de pouvoir aborder plus facilement le plancher buccal. On lie les artères qui saignent, et on arrête l'hémorrhagie parenchymateuse par la compression. On ne met pas de drain dans le plancher buccal. On remplit la cavité de la plaie avec des tampons de gaze iodoformée. Guérison sans fièvre après 11 jours. On n'a pas eu recours à la sonde œsophagienne.

27. — (Wœlfler. *Arch. Langenbeck.*, t. XXVII, p. 425). — H., 59 ans. Cancer des bords de la langue s'étendant de la première molaire droite à la canine gauche et envahissant la muqueuse de la face interne du maxillaire. L'induration, limitée au tiers antérieur de la langue, ne plonge guère dans le plancher de la bouche. Ganglion sous-mental induré.

Le 2 juin, extirpation de la moitié antérieure de la langue et de la moitié correspondante du plancher de la bouche ; pour agrandir la voie, on enlève un certain nombre de dents. Pas de ligature préalable de l'artère linguale, qu'on lie dans la plaie. On fait 6 ligatures et on comprime un moment avec une éponge. On ne place pas de drain à travers le plancher buccal.

Le soir de l'opération, légère douleur pharyngienne, avec un peu de fièvre. On traite la plaie par la gaze iodoformée, sans faire de lavage de la cavité buccale. Pas de sonde œsophagienne. Le 16^e jour, la plaie granule bien, et le malade s'en va.

28. — (Wœlfle, *Arch. Langenbeck.* t. XXVII, p. 431). — H., 60 ans. Le début du cancer remonte à un an. Tumeur occupant la face inférieure de la langue et le plancher de la bouche, et s'étendant jusqu'à la deuxième molaire gauche. Pas de ganglions. Le 29 juillet 1881, extirpation de la moitié antérieure de la langue et des parties avoisinantes du plancher buccal. On ne lia pas préventivement la linguale ; on dut faire cinq ligatures dans la plaie. Pas de drainage du plancher ; pas de fièvre. Pansement iodoformé, qu'on enlève le 7^e jour. Guérison le 8^e jour.

29. — (Wœlfle, *Arch. Langenbeck.* XXVII, p. 433). — H., 65 ans. L'affection dure depuis 5 mois. Infiltration du plancher buccal, s'étendant en arrière, jusqu'à la 2^e grosse molaire. Le 18 septembre 1881, extirpation de la moitié droite du plancher de la bouche et des gencives du même côté. Pas de ligature préventive ; on fait l'hémostase dans la plaie. La plaie profonde et anfractueuse est remplie de gaze iodoformée. Le premier pansement est enlevé le 8^e jour. Pas de fièvre ; le malade sort le 8^e jour.

2^o Méthode de Whitehead.

1. — (Bennett May, *Lancet*, 5 août 1882). — H., 44 ans. Sur le bord droit de la langue, tumeur épithéliale de 1 pouce et demi de longueur, s'étendant en arrière jusqu'à un quart de pouce du pilier antérieur du voile du palais. Ganglion au niveau de l'angle de la mâchoire. Ablation de la langue avec les ciseaux, par la méthode de Whitehead. Hémorrhagie abondante ; ligature des vaisseaux avec du catgut. Ablation du ganglion par une incision de la peau. Drainage du plancher buccal. Le 4^e jour, fièvre et crachats purulents. Diarrhée et hémorrhagie intestinales répétées, qui amènent la mort.

2. — (Elder, *Lancet*, vol I, 1882, p. 306). — H., 50 ans. Cancer occupant le côté gauche de la langue, au point de jonction du tiers moyen avec le tiers postérieur. Pas de ganglions. Le côté droit de la langue est envahi aussi. Amputation totale de la langue par la méthode de Whitehead, le 18 décembre 1881. Perte de sang considérable. Ligature de la linguale droite

dans la plaie ; compression, tamponnement au perchlorure de fer. Les jours suivants, on donne du lait glacé avec la sonde œsophagienne. Guérison complète, 3 semaines après l'opération.

3. — (Jacobson. *Lancet* 14 avril 1883). — H., 49 ans. L'affection date de longtemps. Ulcération occupant le tiers moyen et le tiers postérieur de la langue du côté gauche ; nombreuses plaques de psoriasis ; on ne sentait pas les limites de la tumeur en arrière. Ablation de la langue avec les ciseaux par la méthode de Whitehead. Engorgement des ganglions sous-maxillaires gauches. — Opérations le 1^{er} décembre 1881.

Le malade quitte l'hôpital le 4 janvier, se trouvant bien soulagé. Les ganglions du cou augmentèrent de volume, s'ulcérèrent et le malade mourut au mois de mars 1882,

4. — (Jacobson. *Lancet* ; 14 avril 1883). — H., 57 ans. Le début de la maladie paraît remonter à 20 ans. Ulcération de 1 pouce et demi de longueur, occupant principalement le tiers moyen de la langue. Engorgement des ganglions sous-maxillaires de chaque côté.

Opération le 25 avril 1882, par la méthode de Whitehead, avec les ciseaux. Le malade quitta l'hôpital le 30 mai. L'inflammation ganglionnaire augmenta et la suppuration s'ensuivit. En janvier 1883, la vie du malade se trouvait fortement en danger, par suite de la pression que les ganglions enflammés exercent sur la trachée et l'œsophage. Les douleurs sont bien moindres qu'avant l'opération.

5. — (Marshall. *Lancet* ; 15 septembre 1882.), — H., 48 ans. L'affection date de quelques mois. Cancer occupant la presque totalité de la langue, à l'exception du tiers antérieur. Ablation le 28 juillet 1881, par la méthode de Whitehead. La perte de sang ne dépassa pas 3 ou 4 onces, et ne fut pas difficile à maîtriser. Pendant trois jours aucune nourriture ne fut prise par la bouche. Lavage et inhalations antiseptiques.

6. — (Marshall. *Lancet* ; 1882, p. 306). — H., 67 ans. Le début de l'affection remonte à cinq mois. Le cancer occupait le tiers moyen du côté droit de langue. Ablation de la langue par la méthode de Whitehead le 23 novembre 1881. La perte totale de sang fut estimée à moins d'une once ; on lia les deux linguales dans la plaie. L'opération ne dura que quatre minutes et demie. Guérison le 12^e jour.

7. — (Treves. *Lancet* ; 1882, vol. I. p. 641). — H., 53 ans. Cancer ulcéré occupant le tiers moyen du côté gauche de la langue et datant de 5 mois. Pas de ganglions. Ablation de la langue par la méthode de Whitehead, le 6 décembre 1881. Hémorrhagie en nappe considérable, qui ne fut arrêtée ni par la compression, ni par la traction exercée sur la langue. On enlève alors rapide-

ment toute la langue (en 1 minute). Difficultés inouïes pour lier les artères linguales dans la plaie. Pas d'hémorragies secondaires. On introduit la sonde œsophagienne par les narines ; on lave la bouche avec de l'eau glacée.

Symptômes de pyémie le 12 décembre. Mort rapide.

8. — (Whitehead, rapportée par Southam *Lancet* 1882, vol. I. p. 710). — Ablation de la langue entière par la méthode de Whitehead. L'opération dura deux minutes ; très-peu de sang, moins d'une once, fut perdu par le malade. Les deux artères linguales nécessitèrent seules la torsion et furent obstruées sans la moindre difficulté.

3^e Méthode de Billroth.¹

1. — (Billroth. *Lancet* ; 1883. vol. I, p. 776). — H., 57 ans. Cancer occupant le côté droit de la langue et s'étendant très-loin en arrière. Pas de ganglions. On lie la veine linguale droite pour l'artère. Hémorrhagie abondante pendant la section de la langue. Mort de septicémie, deux jours après.

2. — (Bœckel. *Semaine médicale*, 12 octobre 1882, p. 168). — Epithélioma du bord droit de la langue. Ligature préalable des deux linguales. Bœckel tira alors la langue avec une pince de Museux, puis avec de forts ciseaux, il put exciser bien au-delà du tissu malade sans perdre de sang. Quelques points de suture au catgut rapprochèrent les bords de la perte de substance linguale ; les plaies des régions sous-maxillaires furent saupoudrées d'iodoforme, et dans la cavité buccale, du côté correspondant à la section, fut placé un gros tampon de gaze iodoformée. Guérison.

3. — Esmarch. *Berliner Klinische Wochenschrift, Verhandlungen der deutschen Gesellschaft für Chirurgie*, t. II, p. 439). — Cancer récidivé, gros comme une noix, siégeant au milieu de la langue. Ligature préalable des deux linguales. Traction de la langue par la bouche. section faite derrière les papilles caliciformes avec des ciseaux courbes. Pas d'hémorrhagie. Pas de récurrence depuis 4 ans.

4. — (Howe. *The New York medic. Record*, n° 2, 1878). — Extirpation d'un cancer de la langue. Ligature préventive de la linguale droite à son origine. Hémorrhagie mortelle le 7^e jour.

5. — (Orlowski. *Pam. Tow. Lek. Warsz.*, I, 149, 1876). — H., 59 ans. Ligature de l'artère linguale gauche. Extirpation de 1/4 de la base de la langue et d'une partie de l'arcade palatine antérieure. Guérison rapide. Récurrence deux mois après.

6. — (Poncet de Lyon. *Semaine médicale*, 12 oct. 1882, p. 168). — Epithélioma de la langue. Ligature préalable des deux linguales au-dessus de la grande corne. Ablation de la moitié de la langue, du plancher buccal et de la

glangue sous-maxillaire, sans hémorrhagie aucune. Ablation de ganglions indurés. Guérison. Depuis 3 mois pas de récidence.

7, 7, 7". — (Roser. *Arch. f. physiol. Heilk.*, XIV, p. 584, 1855). — 3 cas d'amputation de langue cancéreuse avec ligature préventive de l'artère linguale du côté malade au-dessus de l'os hyoïde. Dans 2 cas, la récidence se produisit au bout de 1 an.

8. — (Roux. *Gazette de Paris*, n° 31, 1839). — H., 35 ans. Cancer occupant toute la moitié gauche de la langue jusqu'à la base. Ligature de l'artère linguale gauche ; l'ablation des parties malades se fit sans hémorrhagie. Le fil à ligature tomba le neuvième jour ; guérison de la plaie linguale le 10^e jour.

9. — (Thiersch, in *Hopf, Dissert. inaug. Erlangen*, 1856). — H., 41 ans. Cancer de la partie antérieure de la langue. Ligature préventive des deux linguales, traction de la langue qu'on sectionne sans hémorrhagie.

10. — (Thiersch, in *Müller, Erlangen Mitth., Hft. I*, p. 103, 1858). — Ablation d'un épithélioma occupant la moitié droite de la langue. Ligature préalable des deux linguales ; d'un côté on lia la veine en même temps que l'artère. Mort le 11^e jour. A l'autopsie on constata une infiltration du tissu cellulaire du côté droit du cou ; pleurésie et gangrène pulmonaire à droite.

11. (Treves. *Lancet*, 19 avril 1883). — H., 58 ans. Epithélioma localisé sur la moitié droite de la langue. Les limites postérieures ne peuvent pas être bien définies. L'induration s'étend en avant sur le plancher buccal ; quelques ganglions au côté droit du cou. Excision de la langue le 1^{er} novembre 1882 ; les ganglions furent extirpés par l'ouverture faite pour lier l'artère linguale droite. En extirpant ces ganglions, la glande sous-maxillaire fut lésée et une partie fut par mégarde enfermée dans la ligature. Le cancer s'étendait très profondément et il fut impossible de dépasser ses limites. Il y eut une petite hémorrhagie au voisinage des amygdales, qui fut vite arrêtée par le cautère. Le 8 novembre la plaie de gauche était presque guérie, mais celle de droite suppurait. Le 14 on agrandit l'ouverture de cette dernière ; le malade fut soulagé. En janvier 1883, l'épithélioma s'accroissait rapidement et commençait à envahir le cou au-dessous de la branche droite du maxillaire inférieur.

12. — Treves. *Lancet*, 14 avril 1883). — H., 56 ans. Epithélioma s'étendant sur la plus grande partie du dos de la langue. Le plancher buccal est intact ; on ne sent pas de ganglion. La tumeur existe depuis 4 mois. Le 7 juin 1882, excision de la langue par la méthode buccale de Billroth. Il n'y eut qu'une petite hémorrhagie provenant de la partie postérieure de l'incision, qui fut vite arrêtée avec le thermo-cautère. Au bout de 6 jours, le patient qui allait bien, fut pris d'une pneumonie qui l'emporta. Les plaies du cou étaient guéries.

13. — (Treves. *Lancet*, 14 avril 1883). — H., 55 ans. Epithelioma étendu du côté gauche de la langue et remontant à 4 mois. Le plancher buccal était intact. La langue fut excisée le 6 octobre 1882. Pas d'hémorrhagie. Les plaies du cou guérirent par première intention. Le malade se leva le septième jour et quitta l'hôpital 11 jours après l'opération. Ce malade fut revu en janvier 1883 : la surface du moignon est parfaitement guérie et la santé est bonne.

14. — (Treves. *Lancet*, 14 avril 1883). — H., 53 ans. Epithelioma occupant le milieu de la langue et s'étendant jusqu'à la pointe. Il s'était déclaré deux mois auparavant. On sentait deux petits ganglions au-dessous de la mâchoire. Ablation de la langue le 3 août 1882, par le procédé buccal de Billroth. Il n'y eut pas d'hémorrhagie appréciable. Les incisions du cou guérirent par première intention. Le malade se leva le septième jour, quitta l'hôpital, et retourna à son travail 10 jours après l'opération.

15. — (Wœlfler. *Arch. Langenbeck*, t. XXVI, p. 340). — H., 39 ans. Cancer diffus de toute la langue, datant de 17 mois. Ligature des deux artères linguales le 1^{er} décembre 1878. Amputation totale de la langue. On place deux drains dans le plancher buccal. Cautérisation avec une solution de permanganate. A la fin de la 3^e semaine, parotidite du côté gauche ; le côté droit se prend une semaine plus tard. Mort le 1^{er} juillet 1879, avec récurrence dans la cicatrice.

16. — (Wœlfler. *Arch. Langenbeck*, t. XXVI, p. 440). — H., 51 ans. Psoriasis lingual depuis 6 mois. Tumeur cancéreuse au côté gauche de la langue. Ligature de l'artère linguale gauche, le 10 décembre 1878. Excision de la moitié de la langue. Drainage ; cautérisation avec des cristaux de permanganate. Guérison le 16 décembre. Mort le 8 mai 1880, de récurrence dans les ganglions du cou.

17. — (Wœlfler. *Arch. Langenbeck*, t. XXVI, 1882, p. 340). — H., 39 ans. Tumeur cancéreuse datant de un an, empiétant un peu sur le plancher de la bouche. Pas de ganglions. Le 5 février 1877, ligature de l'artère linguale gauche ; excision de la moitié de la langue ; extirpation des ganglions sous-maxillaires 6 mois plus tard. Drainage. Cautérisation au permanganate. Guéri au bout de 20 jours. Récurrence dans les ganglions du cou ; on les enlève. En septembre 1880, la guérison se maintient.

18. — (Wœlfler. *Arch. Langenbeck*, t. XXVI, p. 340). H., 54 ans. Psoriasis lingual depuis 2 ans. Sur le bord gauche de la langue, près de la racine, noyau induré. Le 16 octobre 1878, ligature de l'artère linguale gauche. Extirpation de la tumeur avec des ciseaux ; peau de sang. Glace ; lotions avec une solution de permanganate. Guérison le 27 novembre.

19. (Wœlfler. *Arch. Langenbeck*, t. XXVI, p. 342). — H., 72 ans. Tumeur cancéreuse récidivée du bord droit de la langue. Le 12 novembre 1879, liga-

ture de l'artère linguale droite, puis excision de la tumeur. Drainage ; cautérisation au permanganate. Guérison le 24 novembre. En mars 1880, tumeur de récédive, située près de l'épiglotte et adhérente au maxillaire. Incision le long du sterno-mastoïdien, ouverture du pharynx et ablation de la tumeur. Mort d'érysipèle le 13 avril 1880.

20. — (Wœlfler. *Arch. Langenbeck*, t. XXVI, p. 342). — H., 50 ans. Tumeur cancéreuse datant de 4 mois, occupant le côté gauche de la langue. Ganglions sous-maxillaires. Le 7 octobre 1878, ligature de l'artère linguale gauche ; extirpation des ganglions ; excision avec des ciseaux, par la bouche, de la moitié gauche de la langue. Drainage ; cautérisation au permanganate. Guérison le 11^e jour. Mort de récédive, un an plus tard.

21. — (Wœlfler. *Arch. Langenbeck*, t. XXVII, p. 342). H., 56 ans. Tumeur cancéreuse du côté droit de la langue, depuis 6 mois. Pas de ganglions. Le 12 novembre 1878, ligature de l'artère linguale droite ; extirpation par la bouche de la moitié de la langue. Drainage. Guérison au bout de 17 jours. Mort de récédive.

22. — (Wœlfler. *Arch. Langenbeck*, t. XXVII, p. 342). — H., 58 ans. Le début de l'affection remonte à 3 mois. Tumeur cancéreuse occupant le côté droit de la langue au niveau de la deuxième molaire, et empiétant sur le plancher buccal. Ganglions sous-maxillaires. Le 7 février 1877, ligature de l'artère linguale droite. Décollement avec la rugine de la muqueuse de la face interne du maxillaire. Excision de la moitié de la langue ; ligature de l'artère ranine dans la plaie ; extirpation des ganglions sous-maxillaires. Drainage ; cautérisation au permanganate. Guérison le 1^{er} mars 1877.

23. — (Wœlfler. *Arch. Langenbeck*, t. XXVII, p. 342). — H., 59 ans. Le début de l'affection remonte à un an. Tumeur cancéreuse occupant le côté gauche de la langue, et s'étendant depuis la pointe jusqu'à la base. Le 5 décembre 1877, ligature de l'artère linguale gauche ; excision de la moitié de la langue. Drainage ; cautérisation au permanganate. Guérison le 20 décembre 1877. En juillet 1880, récédive dans les ganglions du côté gauche du cou ; on les enlève le 20 septembre 1880 ; guérison le 9 octobre.

24. — (Wœlfler. *Arch. Langenbeck*, t. XXVII, p. 342). — H., 30 ans. Début il y a 6 mois. Tumeur cancéreuse occupant le côté gauche de la langue, et empiétant un peu sur le plancher de la bouche. Le 20 septembre 1879, ligature de l'artère linguale gauche. Extirpation de la tumeur d'une partie de la langue, et des ganglions sous-maxillaires. Drainage ; cautérisation au permanganate. Guérison le 6 octobre 1879. En janvier 1880, récédive dans les ganglions sous-maxillaires. Inopérable.

25. — (Wœlfler. *Arch. Langenbeck*, t. XXVI, p. 344). — H., 66 ans. Tu-

meur cancéreuse datant de deux mois, occupant le milieu du bord droit de la langue, et empiétant sur le plancher buccal. On trouve un ganglion dans la région sous-maxillaire droite. Le 28 octobre 1878, ligature de l'artère linguale droite. Extirpation du ganglion, de la moitié de la langue et de la partie malade du plancher de la bouche. Drainage, cautérisation au permanganate. Hémorrhagie par l'artère linguale, arrêtée par la torsion. Guérison le 7 décembre 1878.

26. — (Wœlfler. *Arch. Langenbeck*, t. XXVI, p. 344). — H., 60 ans. Tumeur cancéreuse datant de 6 mois, occupant toute la partie antérieure de la langue. Le 2 décembre 1878, ligature des deux artères linguales ; amputation de toute la langue. Drainage. Pansement antiseptique occlusif. Cautérisation au permanganate. Mort le 6 décembre 1878 de pneumonie.

27. — (Wœlfler. *Arch. Langenbeck*, t. XXVI, p. 344). — H., 60 ans. Carcinome occupant la partie antérieure de la langue et du plancher de la bouche depuis 6 mois. Ganglions sous-maxillaires. Le 2 décembre 1878, ligature des deux artères linguales. Nettoyage de la fosse sous-maxillaire ; amputation de toute la langue. Ablation de la gencive de la face interne du maxillaire et d'une partie du voile du palais. Drainage et cautérisation de la plaie. Mort le 4 décembre 1878.

28. — (Wœlfler. *Arch. Langenbeck*, t. XXVI, p. 344). — H., 66 ans. Épithélioma de la partie antérieure de la langue datant de 3 ans 1/2. Ganglions lymphatiques à l'angle de la mâchoire. Le 20 juillet 1877, ligature des deux artères linguales. Amputation totale de la langue, extirpation des ganglions. Drainage et lotions au permanganate. Guérison le 6 août 1877. Pas trace de récidive le 27 septembre 1880.

29. — (Wœlfler. *Arch. Langenbeck*, t. XXVI, p. 344). — H., 61 ans. Tumeur cancéreuse occupant toute la moitié droite, et la plus grande partie de la moitié gauche de la langue. Le début remonte à 7 mois. Le 17 octobre 1879, ligature des deux artères linguales ; amputation de toute la langue. Drainage ; cautérisation au permanganate. Guérison le 20 novembre 1879. Mort de récidive, le 28 mai 1880.

30. — (Wœlfler. *Arch. Langenbeck*, t. XXVI, p. 344). — H., 59 ans. Infiltration cancéreuse de toute la langue, dont le début remonte à 6 mois. Quelques ganglions engorgés en arrière de l'angle de la mâchoire. Le 7 novembre 1878, ligature des deux artères linguales, extirpation de toute la langue et de trois ganglions. Drainage, cautérisation. Guérison au bout de 21 jours. Mort le 26 janvier 1879, de récidive dans le plancher de la bouche.

31. — (Wœlfler. *Arch. Langenbeck*, t. XXVI, p. 346). — H., 57 ans. Tumeur cancéreuse remontant à 7 ans, occupant le côté droit de la langue,

dépassant la ligne médiane et empiétant un peu sur le plancher de la bouche. Le 30 octobre 1879, ligature des deux artères linguales ; extirpation de la glande sous-maxillaire et de deux ganglions ; amputation de toute la langue. Drainage ; cautérisations au permanganate. Guérison le 17 novembre 1879. Pas de récurrence, en novembre 1880.

32. — (Wœlfler. *Arch. Langenbeck.*, t. XXVI, p. 346). — H., 59 ans. Il y a un an et demi, le malade remarqua une petite tumeur occupant la pointe de la langue et la plus grande partie de la moitié gauche ; l'infiltration s'étend jusqu'à l'épiglotte. Le 28 juillet 1880, ligature des deux artères linguales. Extirpation des ganglions par la plaie de ligature ; amputation de toute la langue ; excision du plancher de la bouche. Drainage ; cautérisation avec des cristaux de permanganate. Pendant un lavage de la bouche avec la solution de permanganate, il s'en écroula un peu dans le larynx ; accès de suffocation, bronchite, œdème de la glotte. Trachéotomie. Mort le 8 août 1880. — Pneumonie des lobes inférieurs des deux côtés ; infiltration œdémateuse des replis aryténoïdiens et de la muqueuse laryngée. Pus et fausses membranes dans la trachée et les bronches.

33. — (Wœlfler. *Arch. Langenbeck.*, t. XXVI, p. 346). — H., 53 ans. Tumeur ayant débuté il y a 4 mois, sur la face supérieure de la moitié gauche de la langue. Infiltration de toute la moitié gauche ; ganglions rétro-maxillaires. Le 17 novembre 1880, ligature des deux artères linguales. Extirpation de la glande sous-maxillaire et de deux ganglions lymphatiques voisins. Extirpation de la plus grande partie de la langue ; on laisse une petite partie de la moitié droite. Drains des deux côtés du plancher buccal. Pas de cautérisation. On enlève les drains le 8^e jour. Guérison le 11 décembre 1880.

34. — (Wœlfler. *Arch. Langenbeck.*, t. XXVI, p. 346). — H., 48 ans. Il y a trois ans, le patient remarqua une petite tumeur sur le côté gauche de la langue ; elle grossit rapidement depuis 3 mois, et occupe actuellement toute la moitié gauche et une partie de la moitié droite. Le 14 octobre 1880, ligature des deux artères linguales. Extirpation des glandes sous-maxillaires de chaque côté ; on enlève aussi plusieurs ganglions infiltrés, dont quelques-uns s'étendent en arrière du sterno-mastoidien, ce qui force à prolonger l'incision en arrière du sterno-mastoidien parallèlement à son bord postérieur. Amputation de toute la langue. Drainage soigné du plancher buccal ; cautérisations au permanganate. Guérison le 30 octobre 1880.

35. — (Wœlfler. *Arch. Langenbeck.*, t. XXVI, p. 348). — H., 54 ans. Petite tumeur du bord droit de la langue depuis le mois de décembre 1879. Actuellement elle a la largeur d'un thaler. Ganglions sous-maxillaires. Le 17 août 1880, ligature de l'artère linguale droite. Extirpation des ganglions

infiltrés. Ablation de la moitié droite de la langue, et d'une partie du plancher de la bouche. Drainage; cautérisations au permanganate. Guérison le 2 septembre 1880.

36. — (Wœlfler. *Arch. Langenbeck.*, t. XXVI, p. 423). — F., 62 ans. Extirpation le 5 avril 1881 d'un cancer occupant la moitié droite de la langue, et la partie avoisinante du plancher de la bouche; ligature préventive de l'artère linguale droite; extirpation de la glande sous-maxillaire et des ganglions voisins. On fait la torsion de trois petits vaisseaux venant de la moitié gauche de la langue, puis on perfore le plancher buccal pour le passage d'un drain. On réunit par des points de suture la plaie de ligature, sur laquelle on applique de la gaze iodoformée, ainsi que sur la plaie buccale. On passe trois fois par jour la sonde œsophagienne, et après chaque repas on lave la cavité buccale avec une injection phéniquée. Pas de fièvre. Guérison au bout de 20 jours.

37. — (Wœlfler. *Arch. Langenbeck.*, t. XXVII, p. 426). — H., 55 ans. Depuis 9 mois, induration de la moitié droite de la langue, dépassant un peu la ligne médiane. Pas de ganglions. Le 6 mai, ligature des deux artères linguales; amputation de toute la langue. On lie quelques petits vaisseaux qui saignent. On maintient le moignon de langue en avant, avec un fil. On ne place pas de drain à travers le plancher buccal. Sonde œsophagienne. Pansement à l'iodoforme. Le 10^e jour, élévation de la température; formation d'abcès au niveau des plaies de ligature (on n'avait pas mis de drain et il y avait eu rétention de pus). Guérison au bout de 6 semaines.

38. — (Wœlfler. *Arch. Langenbeck.*, t. XXVII, p. 427). — H., 41 ans. L'affection remonte à 4 ans et occupait primitivement le bord droit de la langue; depuis un an, elle s'est étendue en arrière sur la moitié droite de la langue et la muqueuse du plancher buccal. La glande sous-maxillaire est indurée. Ganglions en arrière de l'angle de la mâchoire et le long du bord antérieur du sterno-mastoïdien. Désinfection préventive de la bouche avec de l'iodoforme. Le 17 juin, extirpation de la moitié droite de la langue, et de la moitié droite du plancher buccal, après ligature de la linguale droite; on enlève la glande sous-maxillaire et les ganglions voisins. On incise le long du bord antérieur du sterno-mastoïdien; on enlève avec beaucoup de peine les ganglions du cou qui sont très adhérents; on est forcé d'enlever, après section entre deux ligatures, un morceau de la veine jugulaire interne; on lie l'artère et la veine thyroïdienne supérieure. On lave la plaie; on lie deux petites artères dans le plancher de la bouche; on place un drain à travers ce dernier, puis on panse toutes les plaies à l'iodoforme. Sonde œsophagienne le premier jour. On enlève le pansement pour la première fois, 9 jours après

l'opération. Belle plaie. Plus de fièvre depuis le 7^e jour après l'opération. Guérison le 9 juillet.

39. — (Wœlfli. *Arch. Langenbeck.*, t. XXVII, p. 428). — H., 46 ans. Le début de l'affection remonte à 5 ans. Tumeur ulcérée occupant toute la moitié droite et la plus grande partie de la moitié gauche de la langue, s'étendant de la pointe jusqu'à l'épiglotte et empiétant un peu du côté droit sur la muqueuse du plancher buccal ; on sent difficilement en arrière les limites de l'induration. Pas de ganglions. Le 27 juin 1881, extirpation de toute la langue après ligature des deux linguales. Enlèvement du pilier droit du voile du palais. Pas de perforation du plancher. Drainage des plaies de ligature. La plaie de la bouche est remplie de gaze iodoformée, qu'on enlève le 6^e jour. Guérison au bout de 8 jours.

40. — (Wœlfli. *Arch. Langenbeck.*, t. XXVII, p. 430). — H., 55 ans. Psoriasis lingual depuis 14 ans. Induration de la pointe de la langue depuis un an. Ganglions sous-maxillaires à droite depuis deux mois. La moitié droite de la langue est indurée ; paquet de ganglions adhérents dans la région sous-mentale. Le 13 juillet 1881, extirpation de la moitié antérieure de la langue et de la partie correspondante du plancher de la bouche. Ligature préalable de la linguale droite et extirpation des ganglions lymphatiques et de la glande sous-maxillaire ; on avait aussi lié la faciale. Ligature de plusieurs vaisseaux sortant de la moitié gauche de la langue. Drainage du plancher. Suture des plaies de ligature. Pansement iodoformé, qu'on laisse 8 jours en place. Pas de réaction fébrile. Guérison au bout de 24 jours.

41. — (Wœlfli. *Arch. Langenbeck.*, t. XXVII, p. 430). — H., 61 ans. L'affection a débuté il y a 6 semaines. Tumeur cancéreuse occupant le bord droit de la partie postérieure de la langue, s'étendant sur le pilier et l'amygdale adjacentes. Le 28 juillet 1881, ligature préventive de l'artère linguale droite ; excision de la moitié droite de la langue et du pilier adjacent. Hémorrhagie arrêtée par le compresseur amygdalien de Péan, laissé en place jusqu'au soir. Drainage de la plaie de ligature ; pas de drainage du plancher. Pansement avec de la gaze iodoformée. Pas de fièvre. Le pansement est supprimé le 8^e jour, et la malade sort le 10^e jour.

42. — (Wœlfli. *Arch. Langenbeck.*, t. XXVII, p. 431). — H., 71 ans. L'affection a débuté il y a 5 ans. Infiltration cancéreuse de toute la langue, empiétant sur le plancher de la bouche. Ganglions sous-maxillaires à gauche. Le 31 juillet 1881, ligature préventive des deux linguales ; extirpation des ganglions. Amputation de toute la langue jusqu'à l'épiglotte et de tout le plancher de la bouche jusqu'à l'os hyoïde ; on détache la gencive et le périoste de de la face interne de la branche gauche du maxillaire. En enlevant la langue,

on coupa les linguales au-delà des ligatures ; on dut de nouveau les lier, ce qui fut difficile. Drainage du plancher. Pansement à la gaze iodoformée, qu'on change pour la première fois le huitième jour après l'opération. Sonde œsophagienne pendant 5 semaines. Guérison complète au bout de deux mois.

43. — (Wœlfier. *Arch. Langenbeck*, t. XXVII, p. 432). — H., 50 ans. Infiltration de toute la langue. Ganglion sous-maxillaire à gauche. L'affection date de deux ans. Le 6 août 1881, ligature des artères linguale et faciale gauches, et de la linguale droite. Ablation des ganglions. Amputation de la langue. Pas d'hémorrhagie. Fixation de la langue en avant. Drain dans le plancher buccal à gauche. Pansement à l'iodoforme. Pas de fièvre. Pas de sonde œsophagienne. On enlève le pansement le 8^e jour. Guérison le 21 août.

44. — (Wœlfier. *Arch. Langenbeck*, XXVII, p. 433.). — H., 54 ans. Le début de l'affection remonte à 2 mois. Cancer occupant la partie postérieure de la moitié gauche de la langue, le plancher de la bouche et les piliers du voile. Pas de ganglions. Le 26 août 1881, ligature de l'artère linguale gauche. Extirpation de la glande sous-maxillaire et de plusieurs ganglions. Excision de la moitié gauche du plancher de la bouche, et de toute la langue. Ligature de la linguale droite dans la plaie ; extirpation du pilier gauche. Drainage. Gaze iodoformée, qu'on change le 6^e jour. On enlève le drain le 11^e jour. Le 20^e, frisson, température : 40°4, sans cause appréciable. Le lendemain la température est normale jusqu'au 37^e jour où le malade sort guéri.

45. — (Wœlfier. *Arch. Langenbeck*, XXVII, p. 433). — H., 75 ans. Cancer du bord droit de la langue, s'étendant jusqu'aux papilles caliciformes, et empiétant sur le plancher. Pas de ganglions. L'affection a débuté il y a deux mois. Le 7 septembre 1881, ligature de l'artère linguale droite ; excision de la moitié droite de la langue et du plancher de la bouche. Hémorrhagie légère ; ligature de deux artères. Pas de drainage, pas de fièvre. On change le pansement iodoformé le 8^e jour. Le malade est abandonné le 12^e jour avec une plaie bourgeonnante.

46. — (Wœlfier. *Arch. Langenbeck*, t. XXVII, p. 433). — H., 46 ans. Psoriasis lingual. Extirpation d'un cancer plus gros qu'une noix, datant de 2 mois, siégeant sur la partie antérieure de la langue. Ligature préalable de l'artère linguale gauche. Pas de fièvre ; guérison après 12 jours.

47. — (Wœlfier. *Arch. Langenbeck*, XXVII, p. 423). — H., 46 ans. Cancer de la langue et du plancher, ayant débuté, il y a 1 an 1½, au niveau du frein ; la gencive de la partie moyenne de la face interne du maxillaire est envahie. Le 24 août 1881, ligature des deux linguales. Extirpation des deux glandes sous-maxillaires. Résection du bord alvéolaire au niveau des incisives et des canines. Extirpation de la plus grande partie du plancher de la bouche et de

toute la langue jusqu'à l'épiglotte. Drainage du plancher. Gaze iodoformée, qu'on enlève le 7^e jour. Sonde œsophagienne. Une partie du bord alvéolaire, grosse comme un haricot, se nécrose ; cette circonstance retarde la guérison. Guérison le 29 septembre.

C. — Ablation avec les caustiques.

1. — (Girouard. *Archiv. gen. de méd.*, 1857, 5^e série, t. II, p. 100). — Ulcération cancéreuse occupant les deux tiers antérieurs de la langue ; le reste de l'organe est dur et tuméfié. Point d'engorgement aux glandes sous-maxillaires et cervicales. Opération le 16 avril.

Girouard tire la langue hors de la bouche et applique transversalement deux tiges d'acier, l'une en-dessus, l'autre en-dessous d'elle ; puis serrant des vis placées aux extrémités, il les rapproche ; ces tiges en s'appuyant par leurs extrémités sur les commissures des lèvres, retiennent la langue fortement tirée au dehors. Girouard fait de chaque côté du frein une piqûre avec un bistouri à lame très étroite, et pénètre obliquement d'avant en arrière et de haut en bas, jusque dans la gorge, un peu au-dessus de l'épiglotte, où l'index enfoncé arc-boute la langue en arrière et sent arriver la pointe du bistouri, qu'il ne laisse pas traverser la muqueuse.

Le sang s'échappe des artères ranines ; Girouard enfonce dans chaque piqûre, aussitôt qu'elle est faite, une cheville de pâte de zinc qui la remplit exactement, et arrête à l'instant même l'écoulement du sang. Deux autres piqûres sont pratiquées, parallèlement aux deux premières, près les bords de la langue, et des chevilles de pâte de zinc y sont enfoncées.

Le 16 avril, point d'hémorrhagie, point de gonflement ni à la langue, ni dans la gorge ; douleurs supportables, pas la moindre fièvre. Girouard enfonce dans chacune des piqûres une sonde cannelée et s'en sert pour détruire sans douleurs, et sans une seule goutte de sang, les cloisons cautérisées qui les séparent ; il en résulte un profond cul-de-sac et la langue n'adhère plus au plancher de la bouche que par les bords et la base. On applique sur tout le contour de cet antre un filet de pâte de zinc, qu'on y maintient solidement appliqué à l'aide de charpie. Le malade prend du bouillon à l'aide d'une sonde flexible adaptée au bec d'une théière. La langue décollée jusqu'à la base où elle ne tient plus que par la muqueuse, pourrait facilement être enlevée. Girouard préfère la laisser encore quelques jours en place par excès de prudence. A un moment, il se produisit sous le menton un gonflement pâteux, indolent, qui augmenta pendant quelques jours, et qui était dû à la retention de salive par une eschare bouchant l'orifice des conduits de Warthon.

Le malade s'en alla, complètement guéri, le 23 mai 1857.

2. — (Maisonneuve. *Gaz. des hopitaux* 1863, p. 549). — H., 43 ans. Le début de l'affection remonte à 6 mois. La langue est dure et tuméfiée depuis la pointe, jusqu'au delà des piliers antérieurs du voile du palais. Cet engorgement envahissait aussi toutes les parties molles placées dans la concavité de l'os maxillaire, et formait une tumeur saillante dans la région sous-mentale. Opération le 23 septembre 1863. On circonscrit la tumeur avec des flèches caustiques.

L'opération ne dura pas trois minutes, et il n'y eut pas 10 gouttes de sang de répandu ; pour pansement, on se contente d'introduire dans la bouche quelques bourdonnets de charpie attachés avec des fils. On alimente le malade avec la sonde œsophagienne. Le lendemain, la langue était complètement transformée en une eschare grisâtre ; il n'y avait pas de fièvre, pas de gêne dans la respiration, pas de gonflement, ni d'œdème ; le malade pouvait boire sans trop de difficultés. Le 3 octobre, l'eschare spontanément détachée, fut extraite d'une seule pièce avec une pince.

D. — Ligature lente.

1. — (Bruns. *Inauguralabhandlung von Adolph Buchka. Tübingen* n° 8). — H., 45 ans. Le début de l'affection remonte à 10 mois environ. Le cancer occupe les trois quarts antérieurs de la langue. Le plancher de la bouche et les ganglions sont intacts ; la tumeur est ulcérée depuis huit jours. Opération le 2 août par la méthode de ligature lente ; on plaça par la bouche trois anses de fil en avant de l'épiglotte ; on les serre avec des tubes de Galli. Légère hémorrhagie dans l'après-midi.

5 août. Hémorrhagie inquiétante qui dura de 2 à 5 heures et fut arrêtée par tamponnement. Malade très affaibli.

Le lendemain nouvelle hémorrhagie.

8 août. Les ligatures sont toujours serrées : celle de gauche parait mobile ; quelques petits morceaux de la langue devenue noire, se détachent. La mort arrive insensiblement le soir entre 6 et 7 heures.

Autopsie. Les fils ont déjà sectionné profondément les tissus ; ils sont situés complètement au-delà des parties malades.

2. — (Chassaignac. *Archives gén. de méd.*, 5^e série, t. II, 1855). — H., 45 ans. Tumeur du côté droit de la langue. Ligature hémostatique de la moitié droite de l'organe ; ablation au bistouri faite en avant de la ligature. Un des muscles se rétracta en godet après sa section ; il entraîna avec lui une artère qu'on ne put saisir pour la lier. Le soir de l'opération hémorrhagie abondante, arrêtée par l'application d'un fragment de glace sur le vaisseau qui saignait.

3. — Delens. *Arch. gén. de méd.*, 1877, t. I). H., 49 ans. Epithélioma ulcéré de la partie latérale gauche et de la base de la langue atteignant l'insertion du pilier antérieur du voile. Il occupe à peu près $\frac{1}{3}$ de la langue dans le sens transversal ; la moitié antérieure du bord gauche est saine.

Un peu d'induration des ganglions sous-maxillaires. Ligature sans chloroforme. En raison du prolongement vers la base de la langue, on ne put être sûr d'avoir dépassé complètement les limites du mal. Douleur vive et persistante les jours suivants. Fièvre allant jusqu'à 40°. Pas de tuméfaction de la langue ; mais le plancher buccal et la région sus-hyoïdienne présentent un empatement notable. La déglutition des liquides est seule possible. Salivation abondante. Un pont de substance noir étreint par la ligature empêche l'eschare de tomber ; on le sectionne avec les ciseaux. Récidive 18 mois plus tard.

4. — (Delens. *Arch. gen. de méd.*, 1877, t. I). H., 49 ans. Tumeur cancéreuse envahissant la langue jusqu'aux piliers du voile. Deux petits ganglions sus-hyoïdiens. Gosselin isole la tumeur du plancher avec l'écraseur ; faible hémorragie. Pendant qu'on pose les ligatures élastiques, il se produit sur la surface de section à l'écraseur une hémorrhagie assez forte arrêtée par tamponnement. Tuméfaction considérable des parties liées ; gêne de la respiration ; scarifications. Du 2^e au 7^e jour la tuméfaction diminue et la tumeur s'élimina par fragments. Pas de fièvre. Chute des ligatures le 11^e et le 13^e jour.

5. — (Delens. *Arch. gén. de méd.*, 1877, t. I). — H., 71 ans. Epithélioma ulcéré de la partie latérale droite de la langue. Pas de ganglions. Ligature sans chloroforme. Douleur légère pendant 2 jours. Pas de fièvre ; pas de tuméfaction de la langue ni du plancher. Chute de la tumeur le 10^e jour.

6. — (Delens. *Arch. gén. de méd.*, 1877, t. I). — H., 65 ans. Cancroïde du bord droit de la langue à 2 centimètres en arrière de la pointe.

Pas de ganglions. Gosselin fait une ligature élastique. L'eschare se détache assez lentement.

7. — (Delens. *Arch. gen. de méd.*, 1877). — H., 54 ans. Epithélioma de la partie latérale gauche de la langue allant assez loin vers la base. Petit ganglion sus-hyoïdien médian. Chloroforme. Ligature. Le premier jour douleurs vives. Pas de tuméfaction de la langue, ni du plancher, pas de fièvre. Chute de la tumeur le 10^e jour. 10 mois plus tard, pas de récurrence buccale ; mais les ganglions situées au-dessous et en arrière du sterno-mastoïdien sont volumineux.

8. — (Delens. *Arch. gén. de méd.*, 1877, t. I). — H., 53 ans. Epithélioma de la partie latérale gauche de la langue (récidive). Pas de ganglions. Ligature élastique. Chute de la tumeur le 10^e jour. La douleur ne fut vive que les deux premières heures. Pas de réaction fébrile. Le lendemain la tumeur était

noirâtre ; il n'y avait aucun gonflement de la langue et seulement un léger œdème du plancher buccal. La déglutition se faisait sans difficultés notables. Les jours suivants l'état se maintient satisfaisant. L'opéré pouvait se lever et se promener dans la journée.

8¹. — (Delens. *Arch. gén. de méd.*, 1877, t. I). — Deuxième récurrence après 4 mois. L'épithélioma occupe la moitié gauche de la langue. L'ulcération et la tumeur un peu plus considérables que la première fois, siègent plus en arrière.

Ganglion sous-maxillaire gauche. Chloroforme. Ligature. Douleur vive pendant 24 heures, gonflement notable du plancher de la bouche. La déglutition fut gênée plusieurs jours. Plusieurs ganglions le long des gros vaisseaux du cou se tuméfièrent les jours suivants. Peu de réaction fébrile. Chute de la tumeur le 7^e jour. La tuméfaction des ganglions disparaît. Récurrence probable.

9. — (Gaillard. *Thèse*. Paris 1880). — Ulcération sur le bord gauche de la langue. Ligature élastique sans chloroforme. La douleur dure 1 jour. Pas de fièvre. Légère tuméfaction de la langue. Hémorragie d'intensité moyenne le 7^e jour, arrêtée par l'application d'un morceau d'amadou. Chute de la tumeur le 11^e jour. Sort guéri.

10. — (Gaillard. *Thèse*. Paris 1880). — F., 30 ans. Ulcération étendue occupant la base du côté droit de la langue. Ganglion sous-maxillaire. Ligature élastique après chloroforme.

Le lendemain peu de douleur. Langue tuméfiée ; déglutition difficile. Pas de fièvre. Chute de la tumeur le 11^e jour. Une partie du néoplasme reste en arrière de la section ; on l'enlève au galvanocautère. L'artère linguale saigne ; ligature dans la plaie. Guérison.

11. — (Gaillard. *Thèse*. Paris 1880). — H., 49 ans. Tumeur ulcérée mesurant 7 centimètres de long, sur 2 de large. Ligature élastique. Douleur forte au moment où l'on serre les fils ; elle dure quelques heures. Salivation abondante. Chute de la tumeur le 11^e jour. Il y avait deux ganglions sous-maxillaire gros comme une noisette qu'on n'a pas extirpés ; ils sont résolus.

12. — Gensoul. *Arch. gén. de méd.*, t. XXI, p. 599, 1829). — F., 27 ans. Cancer de la moitié antérieure gauche de la langue. On circonscrit la partie antérieure, avec 3 ligatures lentes ; chute des fils le 5^e et 6^e jour. Légère hémorragie arrêtée avec l'eau froide. On enlève ensuite par ligature la partie postérieure.

13. — (Hawkins. *Vorles. v. Hawkins und Liston, deutsch. v. Behrend*. Leipsig 1847. p. 672). — H., 45 ans. Ligature lente pour un cancer de la moitié gauche de la langue. Hémorragie arrêtée par la glace. Au bout d'une demi-

heure, un des fils avait sectionné complètement les parties qu'il entourait ; nouvelle hémorrhagie, qui exigea une ligature artérielle. Chute de la tumeur le 8^e jour. Au bout de 12 jours, récurrence dans le plancher de la bouche, qui marche rapidement.

14. — (Everard Home, *Philosoph. transact.*, 1803, p. 205). — F., 40 ans. Tumeur cancéreuse de la base de la langue ; ablation par la ligature lente. Douleurs modérées. Chute des fils le 6^e et 7^e jour.

15. — (Everard Home, *Philosoph. transact.*, 1803, p. 205). — H., 41 ans. Cancer de la pointe de la langue. Ablation par la ligature lente. On remplace une des ligatures le 7^e jour ; chute de la tumeur le 9^e jour.

16. — (Inglis : *Siebold's Chiron.*, t. I, p. 635, 1805). — H., 24 ans. Cancer occupant la moitié gauche de la langue jusqu'à la base. On enlève d'abord la partie antérieure par la ligature lente ; puis on circonscrit la partie postérieure avec 3 ligatures qui tombent le 20^e jour. Dans chaque opération, on dut resserrer les fils 3 fois. Guérison.

17. — (Lisfranc. *Schmidt's Jahrbücher.*, t. 107, 1860, p. 255). — H., 40 ans. Ligature d'un cancer de la pointe de la langue ; chute du fil le 10^e jour. Guérison le 21^e jour.

18. — (Mayor. *Gazette médicale*, t. 3, 1835, p. 357). — F., 45 ans. Cancer datant de 14 mois. La tumeur occupe plus de la moitié droite de la langue depuis la pointe jusqu'à la base. Section antéro-postérieure de la langue faite avec le bistouri, en dehors de la ligne médiane. On détache également avec le bistouri les insertions de la langue au plancher buccal, puis on place une ligature en arrière de la partie malade. Le fil tomba le 5^e jour et avec lui la tumeur.

19. — (Velpeau, *in thèse Miallet*. Paris 1865, p. 25). — H., 54 ans. Tumeur sur le bord gauche de la langue, datant de deux mois et demi. Ganglions au cou et à l'angle de la mâchoire. On enlève les ganglions. Quelques jours plus tard on opère la langue. On coupe la racine du pilier antérieur, on rase la face interne de la mâchoire, puis on applique une ligature lente sur la base de la langue. Mort d'infection purulente le 15^e jour.

E. — Écraseur.

1. — (Azam. *Journal de Bordeaux*, 2^e série IV, p. 17, 1860). — F., 68 ans. Cancer de la moitié droite de la langue, ayant débuté il y a six mois, et s'étendant jusqu'à 1½ centimètres de l'épiglotte. Le plancher buccal est partiellement envahi. On enlève la tumeur par la bouche avec deux écraseurs marchant simultanément. Pas d'hémorrhagie. Le 5 juin, il se produisit une hémorrhagie secondaire légère, arrêtée par la glace. Guérison au bout de 30 jours.

2. — (Baker. *Lancet* 1880, t. I, p. 560). — F., 37 ans. Cancer épithélial du côté gauche, section antéro-postérieure de la langue au bistouri. Les attaches des muscles à la mâchoire inférieure sont partiellement conservées. Section horizontale avec l'écraseur ; petites hémorragies. On tire facilement la langue en avant ; il fut alors très aisé de couper la moitié de la langue au niveau du pilier antérieur, plus facilement qu'on ne le fait avec l'écraseur par la ponction sus-hyoïdienne ; car l'écraseur glisse toujours en avant et on n'enlève pas tout le mal.

3. — (Baker. *Lancet* 1880, t. I, p. 635). — F., 37 ans. Sur le côté gauche de la langue, ulcération à base indurée, ayant 1 pouce de long, et 1½ pouce de large ; le doigt peut circonscrire en arrière la tumeur qui s'étend jusqu'au niveau de la dernière molaire gauche. Pas de ganglions. Opération le 7 octobre 1876. On divise la langue sur la ligne médiane, puis on place un écraseur autour de la moitié malade ; il s'écoula peu de sang — 17 octobre. La gorge devient sensible, T. 104° F. Toux pénible, dyspnée. Albumine dans l'urine.

Mort le 6 novembre, dans un état semblable à l'asphyxie.

Autopsie. On trouve des membranes diphtéritiques sur les amygdales, l'épiglotte, les cordes vocales, la bifurcation de la trachée et toutes les petites bronches. La bronche droite était complètement obstruée ; c'est la cause probable de la mort subite. On ne peut expliquer cette diphtérie.

4. — (Baker. *Lancet* 1880, t. I, p. 636). — H., 44 ans. Cancer du côté droit de la langue, tout près du frein. Le 26 décembre 1873, une première opération avait été faite au même endroit. La récurrence date de deux mois. Pas de ganglions. Ablation de toute la langue, le 25 mai 1878 ; section médiane au bistouri, ablation de chaque moitié avec l'écraseur. On enlève également la muqueuse du plancher. La plaie va bien.

5. — (Baker. *Lancet* 1880, t. I, p. 636). — H., 62 ans. Ulcération du côté droit, 1 pouce derrière la pointe, qui commença comme une petite loupe au mois de septembre dernier. Pas de ganglions.

Le 28 novembre 1877, on pratique l'extirpation de la moitié droite de la langue avec l'écraseur, après avoir fait la section médiane au bistouri. Le mal s'étendait en arrière jusqu'au pilier antérieur du voile du palais, qui fut divisé pour faciliter l'opération. Le malade quitte l'hôpital le 12 décembre, se portant bien.

Peu de mois après, il se développa un ganglion à droite derrière l'angle de la mâchoire. Mort de récurrence, en décembre 1878.

6. — (Baker. *Lancet* 1880, t. I, p. 637). — H., 64 ans. A un pouce en arrière de la pointe, se trouve une ulcération à bords indurés, empiétant sur le

plancher buccal. Petits ganglions sous-maxillaires. Le 26 mai 1877, on extirpe toute la langue avec l'écraseur, après l'avoir fendue d'avant en arrière. Plusieurs semaines après, tout est guéri.

7. — (Baker. *Lancet* 1880, t. I, p. 636). — H., 45 ans. Ulcération sur le côté droit, que le doigt peut circonscrire en arrière. Ablation de la moitié droite, le 12 septembre 1877 avec l'écraseur ; la tumeur ne fut pas complètement enlevée, et les douleurs persistèrent.

15 septembre. Frisson. T. 40,2° F. Pouls 120.

19 septembre. Mort après symptômes bien marqués de septicémie.

3. — (Baker, *Lancet* 1880, t. I, p. 636). — H., 50 ans. Cancer occupant le côté droit de la langue depuis l'extrémité jusqu'aux papilles caliciformes. Le plancher buccal est intact. Ganglion lymphatique parotidien. La maladie date de 9 mois. Ablation de toute la langue avec l'écraseur, après incision médiane.

Le 12 juin 1879, neuf mois après l'opération, pas de récurrence. Ganglions sous-maxillaires et carotidiens engorgés. Paralysie faciale droite.

9. — (Baker. *Lancet* 1880, t. I, p. 637). — H., 45 ans. Cancer épithélial de la moitié gauche, allant de la pointe à la dernière molaire, et datant de 6 mois. Induration des ganglions carotidiens. Le 18 janvier 1879, ablation de la moitié gauche avec l'écraseur, après section médiane au bistouri.

15 février. La plaie va bien. Les ganglions sous-maxillaires ont grossi ; ceux de droite se prennent aussi.

10. — (Baker. *Lancet* 1880, t. I, p. 637). — H., 52 ans. Ulcération à base indurée du côté gauche, petit ganglion rétro-maxillaire gauche. Ablation de toute la langue avec l'écraseur, le 1^{er} novembre 1879. Séparation de la langue d'avec le plancher buccal, incision antéro-postérieure au bistouri. Quand la plus grande partie des tissus furent sectionnés, on fit une ligature en masse en arrière de l'écraseur, et alors seulement, on acheva la section ; de cette façon, on évita l'hémorrhagie des linguales. Ablation de la glande engorgée, par une incision spéciale. Le malade quitte l'hôpital le 22 novembre, se portant bien.

11. — (Brooke. *Lancet*, t. II, 1859). — H., 45 ans. Épithélioma de la moitié gauche de la langue ; ablation rapide avec l'écraseur ; il y a deux artères qui saignent ; on les lie. Guérison.

12. — (Chassaignac. *Bull. gén. de thérap.*, p. 412, t. L). — H., 55 ans. Tumeur occupant la moitié gauche de la langue. On l'enlève par deux sections avec l'écraseur, ayant duré l'une 20 minutes, l'autre 15 minutes. Pas de sang.

13. — (Chassaignac. *Bull. gén. de thérap.*, t. LI, p. 358). — Début appa

rent de la maladie, il y a 4 mois. Induration vers la pointe de la langue, se propageant sur les parties latérales de l'organe et jusqu'au plancher buccal. Ablation avec l'écraseur, le 11 décembre 1854. Quoique, on eût mis un jour pour faire la section, il y eut une faible hémorrhagie. Guérison.

14. — (Chassaignac. *Bull. gén. de thérap.*, t. LI, p. 409). — H., 50 ans. La tumeur date de 3 mois. Tumeur située sur le côté gauche de la langue, commençant à deux centimètres de la pointe, et allant jusqu'au niveau des piliers du voile du palais. Le plancher buccal n'est pas envahi ; léger engorgement des ganglions sous-maxillaires. Ablation avec l'écraseur le 19 août 1856.

15. — (Chassaignac. *Bull. gén. de thérap.*, t. LI, p. 442). H., 55 ans. Tumeur occupant toute la longueur du bord gauche de la langue, depuis le pilier antérieur du voile du palais jusqu'à la pointe de l'organe. Ablation le 1^{er} octobre 1855 avec l'écraseur, qu'on fait avancer d'un cran par minute. Le malade ne perd pas une goutte de sang.

16. — (Chassaignac. *Société de chirurgie* 1848, p. 22). — F., 30 ans. Ablation il y a 4 ans de la moitié de la langue, atteinte du cancer. Pas de récurrence.

17. — (Chassaignac. *Société de chirurgie* 1858, p. 587). — Ablation de la langue avec l'écraseur pour un épithélioma. Pas de récurrence pendant 2 ans. Depuis quelques mois, il existe un engorgement des ganglions sous-maxillaires.

18. — (Chassaignac, *in thèse Th. Anger*, Paris, 1872, p. 23). — H., 61 ans. Début apparent il y a 6 mois. La tumeur occupe le côté gauche de la langue, dépasse un peu la ligne médiane et se termine en pointe en arrière. Pas de ganglions. Ablation avec l'écraseur linéaire le 22 septembre, après pédiculisation artificielle de la tumeur. On fait marcher l'instrument d'un cran par demi-minute. Légère hémorrhagie, facilement arrêtée. Guérison.

Deux ans après, 9 novembre 1858, le malade rentre à l'hôpital. Pas de récurrence dans la langue, mais les ganglions du cou sont pris, et ils sont même en suppuration. Le 22 novembre une hémorrhagie se déclare. Mort presque instantanée. La carotide était ulcérée.

19. — (Chassaignac. *Bull. société. chirurg.*, 21 janv. 1852). — Cancer de la langue opéré par Chassaignac. Récurrence opéré par Blandin. Deuxième récurrence opérée par Chassaignac. Depuis 6 ans, la maladie n'a eu aucune récurrence.

20. — (Chassaignac. *Bull. de la soc. de chirurg.*, 1858-59, 1^{re} série, t. IX, p. 192). — Cancer récidivé de la langue et du pharynx. Le malade, opéré il y a 26 mois, a été bien portant pendant près de deux ans. La mort a été déterminée par une hémorrhagie foudroyante provenant de la carotide, qui a été détruite à son point de bifurcation.

21^a, 21^s. — (Collis. *Britisch medical journal*, Nov. 1866). — Jusqu'en 1869, Nunneley opéra encore 7 autres cas, en employant un procédé simplifié, mais qui au fond était le même. Pour empêcher le fil de glisser, au lieu d'aiguilles, il employa un instrument spécial. De même, pour passer la chaîne d'écraseur, il imagina un nouvel instrument.

Dans deux cas, il y eut une hémorrhagie, à la suite d'une section trop rapide; on l'arrêta par une ligature. Chacun des 3 derniers est sorti guéri le 10^e jour.

22. — (Collis. *Britisch. med. journal*, 3 nov. 1866). — H., 65 ans. Début de l'affection il y a 6 ans. Pendant 3 ans la tumeur ne grossit pas beaucoup, mais à partir de ce moment, irritée par des caustiques, elle s'étendit rapidement. Elle occupe un grand espace irrégulier sur le côté droit du dos et le long du bord de la langue; elle a dépassé le raphé et s'étend à gauche de la ligne médiane. L'induration s'étendait en arrière aussi loin que le doigt pouvait atteindre. Pas de ganglions.

Opération le 17 octobre 1866. Ablation avec l'écraseur. Cautérisation de la plaie avec du chlorure de zinc. Au bout de quelques jours, un point du moignon redevint douloureux et on fit des cautérisations répétées avec du chlorure de zinc en bâton. Le malade rentre vers la fin de novembre, avec une récurrence dans le moignon de langue restant. On enlève complètement le moignon avec l'écraseur, puis on cautérise avec chlorure de zinc. On lie deux petits vaisseaux qui saignent, et on badigeonne la plaie avec du perchlorure de fer, pour arrêter une hémorrhagie superficielle. Le lendemain, mauvais aspect de la plaie, qui ne se déterge pas. Pas d'appétit, à cause du goût putride des eschares. Emploi d'une solution de permanganate de potasse à la dose de 8 grains dans eau et glycérine. Les croûtes tombèrent et 24 heures après on vit une surface saine. Cicatrisation rapide.

23, 23'. — (Demarquay. *Société de chirurgie*, 1857, p. 185). — Opération de deux cancers de la langue avec l'écraseur. L'opération date de deux ans chez l'un des malades, de trois ans chez l'autre; il n'y a pas encore de récurrence.

24. — (Després. *Gaz. des hôpitaux*, 22 avril 1880). — H., 68 ans. Tumeur occupant la moitié gauche de la langue, depuis le V lingual jusqu'à la pointe. Des traînées dures s'étendaient dans toutes les directions, et il n'y avait guère que la partie postérieure droite de la langue qui fût intacte et souple. Le plancher de la bouche était sain. Il y avait une ulcération sur le côté gauche de la langue. Pas de ganglions engorgés, mais la glande sous-maxillaire gauche était un peu tuméfiée. Comme le malade n'avait plus de dents, il fut possible d'enlever la langue avec une seule chaîne d'écraseur passant en avant sous le frein, et en arrière sur la base de la langue. On serra d'un cran par 1/2 minute au début; les deux derniers crans n'ont été serrés qu'à 1 minute

1½ d'intervalle. « Lorsque j'eus perçu, dit Després, la sensation de résistance vaincue, je tournai l'instrument sur lui-même avec la langue, de façon à terminer l'opération par torsion. » Le tronc de la linguale gauche donna un peu de sang ; on le lia. La tumeur enlevée, comprenait les $\frac{3}{4}$ de la langue ; il n'était resté que la partie attenante au pilier droit du voile du palais. On avait enlevé partout les limites du mal. — Gargarisme avec une solution de chlorure de zinc au centième.

Le lendemain de l'opération, le malade eut un gonflement rapide dans la région sous-maxillaire gauche ; il y avait une adénite salivaire franche, avec gonflement pâteux et peu douloureux de la glande, sans œdème du tégument. Résolution le 3^e jour. Huit jours plus tard, abcès de la même région, qu'on crut pouvoir rattacher à une adénite lymphatique. — Guérison.

25. — (O' Doherty. *Dublin Journ.*, août, 1859). — F., 19 ans. Epithelioma occupant la face inférieure de la partie antérieure de la langue. Pour éviter la douleur pendant l'opération, on sectionne le nerf lingual par la bouche ; on pédiculise la tumeur, puis on applique une chaîne d'écraseur. On serre d'un cran toutes les demi-heures. Pas d'hémorrhagie.

26. — (Flurin. *Bull. de la société anat. de Paris*, 1863, p. 273). — Tumeur cancéreuse occupant le segment gauche de la langue. Début il y a 6 mois. Ablation avec l'écraseur linéaire ; on fait 3 sections. Hémorrhagie très-faible.

27. — (Foucher. *Moniteur des hôpitaux*, octobre 1858). — H., 67 ans. Tumeur de 3 cent. de diamètre, située sur le côté droit de la langue, à égale distance de la pointe et de la base. Pédiculisation de la tumeur avec des épingles. On fait marcher l'écraseur d'un cran par minute ; l'écoulement du sang fut insignifiant. Guérison.

28. — (Godard. *Gaz. des hôpitaux*, 1862, p. 603). — H., 68 ans. Sur le bord gauche et la moitié gauche de la face dorsale de la langue, se trouve une ulcération de forme elliptique, ayant un diamètre antéro-postérieur de 2 cent. et située à un centimètre 1½ de la pointe de la langue. Pas de ganglions. — Amputation partielle de la langue le 5 août 1862, par l'écrasement linéaire. Pas d'hémorrhagie. Quitte l'hôpital le 21 septembre, parfaitement guéri. On revit le malade au mois de décembre ; pas de récurrence.

29. — (Hayward. *Lancet*, 1^{er} mars 1873). — Ablation de la langue avec l'écraseur. Guérison. Il n'y avait pas de récurrence, 3 mois après l'opération.

30. — (Kendall. *Med. Times and Gaz.*, 5 juin 1859). — H., 46 ans. Ablation avec l'écraseur, de la moitié gauche de la langue. Hémorrhagie artérielle qui nécessite une ligature. Guérison. 3 mois plus tard, récurrence inopérable.

31. (Langenbeck. *Deutsche Klinik*, 1856, n^o 30 et 31). — H., 67 ans. Début

il y a 1 an. Tumeur cancéreuse occupant toute la moitié droite de l'organe depuis la pointe jusqu'à la base. Ablation avec l'écraseur le 21 mai 1856. Pas d'hémorrhagie.

32. — (Linhardt : *Osterr. Zeitschr. f. prakt. Heilk.*, t. III, 3, 1857). Cancer récidivé de la moitié droite de la langue, allant jusqu'à l'épiglotte et dépassant la ligne médiane. On pédiculise la tumeur avec des aiguilles, et on place l'écraseur, qu'on fait avancer d'un cran chaque 15 secondes. Il se produisit un peu de sang et on ralentit la section. Guérison en 37 jours ; deux fois on dut cautériser au fer rouge et à l'acide sulfurique des bourgeons de mauvaise nature.

33. — (Campbell de Morgan. *British méd. journal.*, janv. 21. 1871). — H. Cancer remarqué depuis 3 ou 4 mois. Tumeur irrégulière, siégeant sur le bord de la langue et le dos, et allant en avant jusqu'à un demi pouce de la pointe. Pas de ganglions. Ablation avec l'écraseur, par la bouche. On opéra trop rapidement et l'artère linguale donna du sang ; l'hémorrhagie fut rapidement arrêtée. La section fut un peu oblique. Morgan fit ensuite des applications de caustiques sur le moignon de la langue.

34. — (Morgan. *Méd. Times and Gaz.*, 4 juillet 1877). — H., 70 ans. Ex-tirpation avec l'écraseur d'un cancer de la pointe de la langue ; pas d'hémorrhagie. Guérison.

35. — (Paget. *Méd. Times and Gaz.*, Feb. 10., p. 143, 1866). — H., 50 ans. Cancer de toute la langue. On sectionne la muqueuse et les parties molles du plancher buccal, ainsi que les insertions du génio-glosse, en rasant l'os au niveau de la symphyse. La langue ainsi libérée fut facilement tirée au dehors et l'on put placer la chaîne d'écraseur tout à fait en avant de l'épiglotte. Pas d'hémorrhagie pendant ni après la section.

12 mois après l'opération, le patient allait bien. (Il mourut au dire de Collis, un an plus tard, d'une récidive dans les glandes sous-maxillaires).

36. — (Paget. *Lancet* II, 42, 1858). — F., 58 ans. Cancer de la moitié droite de la langue. Ablation avec l'écraseur. Légère hémorrhagie qui s'arrêta d'elle-même. Guérison.

37. — (Paget. *Lancet* 1867, I, p. 210). — F., 48 ans. Début apparent il y a 8 mois. Sur le côté droit de la langue et vers le milieu, se trouve une ulcération à base indurée. Des fissures partant des bords s'étendent dans différentes directions. L'induration dépasse la ligne médiane et s'étend en arrière jusqu'à la base de la langue. Pas de ganglions.

Opération le 6 janvier. On libère la langue en coupant ses insertions à la mâchoire et au plancher de la bouche, on la tire fortement au dehors, et on place une chaîne d'écraseur sur sa base. La section qu'on fit ainsi, ne fut

pas tout à fait verticale. Il y eut très peu de sang perdu ; la principale hémorragie vint des tissus qu'on avait dû préalablement sectionner au couteau. Un an plus tard, au dire de Collis, la malade ne présentait aucune récurrence.

38. — (Maurice Perrin. *Société de chirurgie*, 15 décembre 1880). — H., 62 ans. Épithélioma occupant toute la longueur du côté gauche de l'organe, et s'étendant jusqu'au pilier correspondant ; pas de ganglions, ni d'extension à la muqueuse buccale. Extirpation à l'aide de deux écraseurs. Les limites du mal en arrière n'ayant pas été atteintes par l'instrument, on y remédie par des applications successives du galvanocautère. Abscessus phlegmoneux en arrière et en bas de la parotide qu'on ouvre et qu'on draine. Le malade sort guéri. Au bout de 3 ans, il n'y avait pas de récurrence.

39. — (Maurice Perrin. *Société de chirurgie*, 15 décembre 1880). — H., 50 ans. Enorme épithélioma qui avait envahi la totalité de la langue, s'étendait en arrière, du côté gauche, jusqu'au pilier antérieur du voile du palais, et du côté droit jusqu'à 1 cent. du pilier correspondant. Ablation par la bouche avec deux écraseurs fonctionnant simultanément. Pas d'hémorragie. Guérison au bout de 6 semaines. Récurrence funeste vers la fin de 1871, après deux années de bonne santé.

40. — Maurice Perrin. *Société de chirurgie*. 15 décembre 1880). — Épithélioma du côté gauche de la langue, étendu du pilier jusque vers la pointe, sans complication du côté des ganglions, ni de la muqueuse buccale. Ablation avec deux écraseurs. Guérison simple et rapide. Pas de récurrence pendant 2 ans. Plus de nouvelles.

41. — (Maurice-Perrin. *Société de chirurgie*, 15 décembre 1880). — H., 68 ans. Épithélioma ulcéré siégeant à la partie postérieure du côté droit de la langue, et s'étendant du pilier correspondant aux petites molaires. Il y avait deux ganglions sous-maxillaires, et un état suspect de la muqueuse du plancher buccal qui avait un aspect granuleux.

Ablation avec deux écraseurs. Récurrence sur la cicatrice, malgré plusieurs applications de thermocautère.

42. — (Spanton. *Lancet*, 1881, vol. I, p. 914). — F., 40 ans. Tumeur cancéreuse du côté gauche de la langue. Pas de ganglions. Le 23 décembre 1875, on sectionne avec des ciseaux les attaches de la langue au plancher. On fait la section vertico-transversale de la langue avec l'écraseur. Pas d'hémorragie. Le jour suivant, l'opéré avale facilement. Lavages fréquents de la bouche avec une solution d'iodate de calcium. Guérison au bout de 1 mois.

Elle succomba 18 mois après l'opération, de récurrence dans les ganglions sous-maxillaires et cervicaux.

43. — (Spanton. *Lancet*, 1831, vol. I, p. 911). — H., 50 ans. Le début de l'affection remonte à 9 mois. Cancer de la moitié droite de la langue. Ganglions sous-maxillaires. Le 12 décembre 1878, ablation de la langue par le même procédé que dans l'observation précédente. Pas d'hémorrhagie. Dix jours après, le malade quitte l'hôpital; il peut prendre une nourriture solide.

Mort 5 mois après, de récurrence dans les ganglions.

44. — (Verneuil. *Société de chirurgie* 1857, p. 110). — Cancer de la langue. Ablation avec l'écraseur. Légère hémorrhagie (4 cuillerée à peine de sang). Cet accident a été produit par le doigt promené consécutivement sur la surface de la plaie. Un peu de glace suffit pour arrêter l'écoulement sanguin.

F. — Galvanocautére.

1. — Balassa *in Pesth, briefl. Mittheilg.* — H., 52 ans. Petit noyau cancéreux sur le plancher de la bouche; on le cautérise à 3 reprises avec le galvanocautére. 6 semaines après, récurrence dans les gencives. On fait de nouvelles cautérisations, qui ne parviennent pas à arrêter la marche du mal. On se borne alors à faire un traitement palliatif.

2. — (Balassa *in Pesth, briefl. Mittheilung*). — H., 58 ans. Cancer ulcéré du bord de la langue, donnant lieu à de fréquentes hémorrhagies. Chaque 15 jours on cautérise la tumeur avec un cautère galvanique.

« Aujourd'hui, au bout de 6 mois, on voit, à l'endroit où ont porté les cautérisations, une cicatrice lisse et blanchâtre, de la grosseur d'un haricot; le tissu de la langue est complètement sain. »

3. — (Bottini. *La methodica amputazione della lingua dal cavo orale mediante la dieresi galvanica*. Milano 1874). — H., 60 ans. Début il y a 5 mois. Au centre de la surface dorsale de la langue, sur la ligne médiane, se trouve une tumeur ovale, rétrécie au milieu, en forme de 8. Surface ulcérée. L'induration s'étend à gauche jusqu'à la racine de la langue. L'affection paraît localisée au corps de la langue. Pas de ganglions. Ablation le 5 mars avec le galvano-cautére; on fit deux sections successives, l'une horizontale, l'autre verticale; la première fut faite en moins de 2 minutes. Pas une goutte de sang. On recouvre le moignon d'un tampon de charpie imbibé d'eau glacée.

L'eschare commença à se détacher de la partie antérieure du plancher buccal le 5^e jour. Renvoyé le 22 mars.

4. — (Brenner et Zamszkjewitsch. Pétersbourg. *Med. Zeitschr.*, t. XVII. 13, 1870). — H., 62 ans. Cancer unilatéral. Ganglions sous-maxillaires.

Ablation avec le galvano-cautère. Hémorrhagie par les artères ranines qu'on lie. Au bout de 10 jours, les ganglions avaient disparu. Guérison.

5. — Bruns, in Werner. *Arch. f. physiol. Heilk.* N. F. II, t. I, p. 85, 1858). — F., 51 ans. Il y a 2 ans la malade eut sur la langue quelques petits noyaux indurés qu'on lui enleva.

Actuellement, elle porte un cancer de la moitié gauche de la langue. Ligature préventive de l'artère linguale gauche ; traction de la langue hors de la bouche ; amputation au galvanocautère. On lia la ranine dans la plaie, de peur qu'elle ne reçût du sang par ses anastomoses avec celle de l'autre côté. La ligature de la ranine tomba le 7^e jour, celle de la linguale le 10^e ; et le 16^e jour, la malade sortit guérie. 6 mois plus tard, il survint une récurrence rapidement mortelle.

6. — (Observation de Heath. in *thèse* Schlapfer. Zurich 1878, p. 123). — H., 56 ans. Le début de l'affection remonte à un mois et demi. Tumeur occupant la face supérieure de la moitié droite de la langue, commençant à un demi-pouce derrière la pointe, et allant jusqu'à la voûte palatine antérieure. L'induration occupait toute l'épaisseur de la moitié droite et s'étendait un peu dans la moitié gauche. Ganglions sous-maxillaires. Le 19 février, on fit l'ablation avec l'anse galvanique. On tire la langue avec un fil passé à travers la pointe ; la section horizontale se fait sans hémorrhagie. On traverse alors la base de la langue avec un fort crochet en arrière duquel on place l'anse coupante. Il se produisit une forte hémorrhagie par les deux linguales dont on avait fait la ligature préventive !! Heath ne fut pas certain d'avoir enlevé tout le mal.

23 février. Symptômes de bronchite, avec douleur dans le côté gauche de la poitrine. T. 39°6. Les symptômes pectoraux augmentent. Mort le 26 février.

Autopsie. La plèvre contient un gaz infect et un liquide brun. Plusieurs abcès à la surface du poumon droit ; dans la lobe supérieur, petits abcès multiples et fétides, entourés d'un tissu noir et emphysémateux. Pas d'abcès à gauche dans le lobe supérieur ; gangrène du lobe inférieur. Abcès, du volume d'une noix derrière la glande sous-maxillaire droite.

7. — (Labbé, in *thèse*, *Anger*. Paris 1872, p. 68). — H., 47 ans. Début apparent il y a trois mois. Epithélioma de la partie moyenne de la région latérale droite de la langue. Ganglion sous-maxillaire à droite. Ablation le 2 mai 1872, avec l'anse galvanique. Léger engorgement ganglionnaire du côté droit le 4 mai. Le 6, le malade a eu trois violents frissons. Les élancements douloureux dans les ganglions sont de plus en plus vifs. Le 8, l'état général est très mauvais ; l'engorgement ganglionnaire se prolonge du côté des ganglions bronchiques. Mort le 13.

8. — (Pasquale Landi. *Amputazione totale della lingua con l'ansa galvanocaustica. Lo sperimentale*. Tomo 37, 1876). — H., 47 ans. Le début paraît remonter à 7 ans. Le cancer paraît s'étendre depuis la base jusqu'à la pointe en ne laissant libre que la face inférieure. Induration très grande. Ablation totale de la langue le 27 janvier 1876, avec le galvano-cautère, suivant le procédé de Bottini; on se sert d'un fil de 1 millimètre de diamètre, pour produire une eschare plus épaisse. On tire la langue en avant avec une pince de Museux, on fait écarter les commissures labiales avec des crochets mousses, et on peut voir que le mal s'étend jusqu'aux piliers du voile du palais. La section horizontale et la section verticale fut faite par la bouche; pour cette dernière section on prit un écraseur à bec courbe, mais le fil glissa néanmoins un peu en avant. Il y eut une petite hémorrhagie momentanée en passant les fils; mais elle est inévitable. On donne de la glace et du bouillon froid.

3 février. L'eschare commence à se détacher; il se produisit deux légères hémorrhagies par la partie latérale droite du plancher buccal, qu'on arrête avec glace et eau de Pagliari. Lorsque l'eschare commença à tomber on fit des badigeonnages avec une solution de glycérine phéniquée. Gargarismes avec chlorate de potasse.

9 février. Eschare complètement tombée. Plaie rouge, bien granulée. On revit le malade le 3 avril et le 10 novembre 1877, sans récidive.

9. — Middeldorpf in thèse Haase. *Dissert. inaug.* Vratsil 1850). — F., 26 ans. Epithélioma du bord droit de la langue, dont le début remonte à un an et demi. Ablation avec l'anse galvanique; pas d'hémorrhagie. Hémorrhagie secondaire légère le 4^e et le 5^e jour.

Récidive au bout de 9 semaines; ablation avec le galvanocautère.

Avant la guérison de la plaie, il se produisit une nouvelle récidive, avec infection des ganglions du cou. Nouvelle opération. Récidive nouvelle qui envahit la glande sublinguale, la parotide. Il se produisit 3 fois des hémorrhagies importantes qui nécessitèrent la ligature de la carotide primitive droite; mort 5 heures après.

10. — (Maurice Perrin. *Société de chirurgie*, 15 décembre 1880). — Epithélioma occupant le côté droit de la langue, depuis le pilier correspondant jusqu'à 2 centimètres de la pointe, sans extension à la muqueuse buccale. Destruction large, profonde de la tumeur avec le galvano-cautère, en séances successives et espacées de 10 jours. L'opéré sortit guéri. Pas de nouvelles depuis.

11. — (Maurice Perrin. *Société de chirurgie*, 15 déc. 1880). — Epithélioma en nappe couvrant tout le côté droit de la langue, depuis la pointe, jusqu'au pilier. Envahissement des ganglions sous-maxillaires du côté du mal.

Destruction de la tumeur avec le galvanocautère en quatre séances successives. Peu de retentissement du côté des ganglions malades.

L'opéré sortit, fatigué de l'hôpital. Pas de nouvelles.

12. — (Pozzi. *Bull. de la sociét. anat. de Paris*, 1878, p. 878). — Cancer de la langue, opération au galvano-cautère. Pas d'hémorrhagie primitive. Le lendemain, il se produit une hémorrhagie artérielle, que le tamponnement n'arrête pas. Ligature de la carotide externe. Des signes d'infection purulente surviennent bientôt, puis la mort suit. Autopsie. La ligature avait porté sur la carotide primitive. Quelques abcès métastatiques dans les poumons.

13. — (Schuh. *Oesterr. Zeitschr. f. prakt. Heilk.*, t. V, 43. 1858). — H., 56 ans. Ablation avec l'anse galvanique d'un cancer du bord droit de la langue. Pas d'hémorrhagie. Le 8^e jour, il se produisit une hémorrhagie secondaire importante. Guérison en 4 semaines.

14. — (Schuh. *Oesterr. Ztschr. f. prakt. Heilk.*, IV, 43, 1858). — H., 80 ans. Epithélioma du bord droit de la langue; ablation avec le galvanocautère. Deux artères saignaient; on les cautérisa avec un cautère en porcelaine; l'hémorrhagie ne cessant pas, on dut les lier. Guérison au bout de 3 semaines. Les eschares étaient tombées le 7^e jour.

15. — (Semeleder. *Union médicale*, t. IX, 1860, p. 91). — H., 57 ans. Sur le bord gauche de la langue, tumeur datant de 3 mois, s'étendant jusqu'aux environs des piliers du voile. Opération le 12 décembre 1859, avec l'anse galvanique placée par la bouche. Aucune trace de sang.

16. — C. Weil. *Prager medicin. Wochensch.*, t. VII, 1882, p. 183). — F., 56 ans. Le début de l'affection remonte à 4 ans. Tumeur cancéreuse occupant le milieu du bord droit de la langue. Pas de ganglions. Opération le 8 février 1877, sans chloroforme; à deux ou trois millimètres de la tumeur, on plaça une rangée d'aiguilles pour la circonscrire et la pédiculiser. On plaça ensuite l'anse de platine en arrière des aiguilles, et on fit la section lentement. Trois petites artères saignèrent; on les lia au catgut. Irrigations avec une solution de permanganate de potasse. La température ne dépassa pas 38°2. Le malade sort guéri le 26 février. Mort de récurrence, au bout de 1 an.

17. — (Werner, *in thèse de Th. Anger*, Paris, 1872, p. 31). — F., 51 ans. Début apparent il y a deux ans. Le bord gauche de la langue, les faces supérieures et inférieures du même côté sont tuméfiées depuis la pointe jusqu'à la base. Pas de ganglions. Ligature préventive de la linguale gauche. Ablation de la tumeur par la bouche, avec le galvanocautère; hémorrhagie par la ranine. Au bout de 6 mois, l'on apprit que la malade était morte d'une récurrence.

G. — Thermocautère.

1. — (*Langenbeck's Archiv.*, t. XXVII, p. 174). — F. 45 ans. Cancer d'autant de un an, occupant le bord gauche de la langue ; ablation au bistouri, en 1877. Récidive dans la cicatrice, au bout de quelques mois. Cancer de la moitié gauche de la langue, envahissant le pilier du voile et le plancher de la bouche du même côté. Le 1^{er} juillet 1878, amputation au thermocautère de la moitié gauche de la langue, et du pilier du voile ; cautérisation profonde du plancher buccal. Hémorrhagie par l'artère linguale, qu'on lie. Guérison le 2 août 1878.

Pendant l'hiver 79, récidive dans le sterno-mastoïdien, au-dessous de l'apophyse mastoïde. On enlève la tumeur avec la partie supérieure du muscle et une partie de la jugulaire interne comprise entre une double ligature. Nouvelle récidive dans la fosse sous-maxillaire ; on enlève cette nouvelle tumeur le 18 février 1880 avec le nerf hypoglosse, la carotide externe, et la glande sous-maxillaire.

Le 9 juillet 1880, extirpation d'une nouvelle récidive dans le lobe inférieur de la parotide gauche. On est forcé de laisser en place un prolongement qui pénètre dans le crâne par la scissure de Glaser. Mort par épuisement le 16 octobre 1880.

2. — (*Langenbeck's Archiv.*, XXVII, p. 178). — H., 60 ans. Tumeur du bord gauche de la langue allant jusqu'à l'épiglotte et l'arc glosso-palatin. Le 27 mai 1880, ablation avec le thermocautère de la moitié gauche de la langue et du pilier du voile ; cautérisation profonde du plancher buccal. Hémorrhagie par la linguale, qu'on lie dans la plaie. Sonde œsophagienne. Chute des eschares le 2 juin. Un point d'induration persiste ; on enlève encore 1 centimètre du dos de la langue. Guérison le 18 juillet 1880. Pas de récidive en janvier 1881.

3. — (*Langenbeck's Archiv.*, t. XXVII, p. 178). — H., 51 ans. L'affection a débuté en 1880. Toute la moitié gauche de la langue, depuis l'épiglotte, jusqu'à 2 cent. de la pointe, est occupé par une tumeur cancéreuse, qui envahit aussi le pilier du voile. Pas de ganglions. Le 26 mars 1881, ablation de la moitié de la langue et du pilier du voile. Pas de sang. Pas de sonde œsophagienne. Chute des eschares le 30 mars. Le malade a des quintes de toux en avalant. Frisson le 4 avril ; température, 39°. Respiration gênée ; crachats purulents. Mort le 9 avril 1881.

4. — (*Langenbeck's Archiv.*, t. XXVII, p. 176). — H., 49 ans. L'affection débuta en juillet 79. Epithélioma de 4 cent. de long, sur 2 de large, occupant le côté droit de la langue. Pas de ganglions. Ablation de la tumeur au ther-

mocautère, le 1^{er} novembre 1879. Légère hémorrhagie. Chute des eschares le 7 novembre. Guérison le 14 novembre. Le 28 mars 1881, récurrence étendue et non opérable dans les ganglions des deux côtés du cou.

5. — (*Langenbeck's Archiv.*, t. XXVII, p. 176). — H., 48 ans. En juillet 1878, petite tumeur sur le bord gauche de la langue, qu'on lui enlève au thermocautère. Elle récidive bientôt. Induration de la moitié gauche de la langue ; pas de ganglions. Le 4 décembre 1878, ablation de la moitié gauche ; section transversale au niveau des papilles caliciformes, cautérisation énergique du plancher buccal. Chute de l'eschare le 13 décembre. Guérison le 20. Pas trace de récurrence, en janvier 1881.

6. — (*Langenbeck's Archiv.*, t. XXVII, p. 176). — H., 40 ans. Le début de l'affection remonte à 1878. Infiltration occupant toute l'épaisseur de la moitié droite de la langue. Le plancher et les glandes n'ont rien. Ablation au thermocautère de la moitié droite de la langue le 12 avril 1879. Hémorrhagie légère. Vers la fin de l'opération, l'artère linguale saigne ; on la tord. Guérison le 25 avril 1879.

7. — (*Langenbeck's Archiv.*, t. XXVII, p. 176). — H., 54 ans. Le malade fait remonter le début de son affection à 1866. Induration de la moitié gauche de la langue, s'étendant jusqu'aux piliers du voile. Ganglions sous-maxillaires. Le 14 novembre 1874, extirpation avec le thermocautère de la moitié gauche de la langue et du pilier du voile. Hémorrhagie par plusieurs vaisseaux ; on l'arrête par la ligature et la cautérisation. Sonde œsophagienne pendant les 4 premiers jours. Les eschares se détachent le 18 novembre. — Le 22 novembre, forte hémorrhagie par la linguale ; on fait la torsion. — Le 27 novembre on cautérise énergiquement un noyau douteux. Les ganglions sous-maxillaires ne sont plus tuméfiés. — Guérison le 17 décembre 1878. — Récurrence dans les ganglions du côté gauche du cou, à la fin de mai 1879.

8. — (*Langenbeck's Archiv.*, t. XXVII, p. 176). — H., 54 ans. Cancer ulcéré occupant la moitié gauche de la langue, les piliers du voile et l'amygdale ; le plancher buccal est sain. Le 10 mars 1879, extirpation avec le thermocautère des parties malades. Hémorrhagie insignifiante. Sonde œsophagienne. Guérison le 12 avril 1879. Pas de récurrence, en octobre 1879.

9. — (*Le Dentu. Société de chirurg.*, 15 déc. 1880). — H., 50 ans. Epithélioma végétant, consécutif à du psoriasis, sur la partie droite de la langue. Il s'arrête en arrière à 3 cent. environ de la base, et s'étend en avant jusqu'à 1 cent. 1/2 de la pointe. Opération avec thermocautère. Ablation d'un bon tiers de la langue par la bouche. Après 4 ans et 4 mois, l'état du malade est aussi satisfaisant que possible. La cicatrice est souple, et il n'y a pas un seul petit ganglion sous la mâchoire.

10. — (Pamard. *Société de chirurgie*, 12 avril 1882). — Tumeur siégeant sur la moitié droite de la langue, un peu en arrière de la pointe ; ulcération reposant sur une portion indurée peu volumineuse et bien limitée. Pas de ganglions.

Ablation large au thermocautère après anesthésie. Le 8^e jour, hémorrhagie artérielle qui nécessite une ligature dans la plaie. Succès opératoire rapide et complet.

Au bout de 3 mois, engorgement des ganglions sous-maxillaires du côté opposé. Celui-ci parut se dissiper sous l'influence d'un traitement spécifique, pour se localiser dans la glande sous-maxillaire, où il demeura définitivement fixé. La tumeur augmenta rapidement de volume, sans dépasser la ligne médiane, et se propagea en dehors et en haut, en contournant l'angle de la mâchoire. Elle s'ulcéra au bout de quelque temps.

Sur ces entrefaites, il se produit un érysipèle de la face, qui se propage au cuir chevelu et à la face antérieure du thorax. Sous cette influence, la tumeur disparut, ainsi que tout son cortège de phénomènes fonctionnels fâcheux. Mais elle reparut au bout de quelques jours, accompagnée d'une tumeur végétante dans la moitié gauche du plancher buccal.

On fait des injections interstitielles de papaine, qui ne réussissent pas à arrêter la tumeur. Mort 3 mois plus tard.

11. — (Pamard, *in thèse Richard*. Paris 1878, p. 25). — H., 43 ans. Psoriasis buccal. Ulcération cancéreuse longue de 3 à 4 centimètres, située sur le bord droit de la langue. Amputation au thermocautère de la moitié antérieure de la partie droite de la langue. Deux jours après, une hémorrhagie se déclare ; les artères sont liées dans la plaie. Guérison rapide. Pas de récurrence 4 mois après.

12. — (Maurice Perrin, *Société de chirurgie*, 15 décembre 1880). — Épithélioma du côté gauche de la langue succédant à un psoriasis lingual. Ablation large avec le thermocautère. Une hémorrhagie se déclare dans la journée ; on en profite pour détruire avec le thermocautère une forte épaisseur des tissus de la langue qui étaient probablement encore infiltrés d'épithélioma, comme le faisait supposer la surface de section du morceau enlevé. Guérison complète pendant 2 ans. Récurrence qui envahit largement tout le plancher de la bouche, jusque vers les piliers et tout le réseau ganglionnaire sus-hyoïdien.

La cicatrice de l'opération et ce qui restait de la langue avaient été respectés. La mort survint le 16 juillet 1879, 4 mois après le début de la récurrence.

13. — (Maurice Perrin, *Société de chirurgie*, 15 décembre 1880). — H., 52 ans. Épithélioma récent situé vers la pointe de la langue, plus développé à gauche qu'à droite, et sans complication. Ablation très large avec le thermocautère. Le malade sort guéri. Pas de nouvelles.

14. — (Terrillon. *Société de chirurgie*, 8 décembre 1880). — F., 32 ans. Ulcération allongée du côté gauche de la langue, reposant sur une base indurée assez profonde occupant le parenchyme de la langue. Ablation, large de la tumeur avec le thermo-cautère. Pas de perte de sang. Le 8^e jour, hémorrhagie assez abondante à la chute de l'eschare. Arrêt par tampon imbibé de perchlorure de fer. Cicatrisation après 1 mois environ. Depuis plus de 2 ans 1½, aucune apparence de récidive; pas de ganglions.

II. — OPÉRATIONS PRÉLIMINAIRES.

1^o Voie jugale.

1. — Baker. *Lancet*, 1880, t. I, p. 636). — H., 56 ans. Début de l'affection il y a 3 mois. Ulcération occupant le côté gauche de la langue et le plancher buccal, et allant jusqu'à la dernière molaire. On ne peut pas délimiter facilement la tumeur. Pas de ganglions. Amputation totale de la langue, le 14 décembre 1878. Section de la joue depuis le masséter jusqu'à l'angle de la bouche; on sépare la langue de ses connexions avec le plancher buccal. On rugine avec soin les parties de la gencive qui sont malades. On incise la langue sur la ligne médiane, et on enlève chaque moitié avec l'écraseur. Suture de la plaie jugale. Le malade eut un érysipèle léger. Guérison.

2. — Bidard. — *Bull. société de chirurg.*, t. 28, 1853, p. 356). — Le début du cancer remonte à huit mois. Cancroïde occupant toute la moitié gauche de la langue et allant jusqu'au pilier antérieur du voile du palais. Incision jugale. Ligature multiple, faite suivant le procédé de Rigal de Gaillac, le 18 septembre 1853. La tumeur se détache le 21. Le 27, il survint des frissons, avec une toux sèche. Deux jours plus tard, crachats purulents, puis état adynamique. La mort survint le 14 octobre.

A l'autopsie, on trouva un noyau de récidive dans la langue. Absès multiple du poumon.

3. — Jæger. *De extirpatione linguae*. Erlangen, 1831, p. 10). — H., 51 ans. Cancer occupant la moitié gauche de la langue jusqu'à la base, l'amygdale gauche et le plancher buccal. Section de la joue, traction de la langue au dehors, excision des parties malades avec des ciseaux courbes. Ligature de l'artère ranine, torsion d'autres petites artères, arrêt de l'hémorrhagie capillaire avec de l'eau glacée. Guérison au bout de 9 jours.

4. — (Jæger. *Journal de Herker's*, mars, 1834). — Cancer n'allant pas au-delà des 2½ antérieurs de la langue. Dissection de la tumeur, qu'on enlève sans peine. Des ligatures furent placées sur les vaisseaux, la plaie de la joue fut réunie au moyen d'une suture, et l'opération eut un plein succès.

5. — (Jessop. *Lancet*, 6 sept. 1872). — Cancer d'une moitié latérale de la langue. Section transversale de la joue. On circonscrit la tumeur avec trois ligatures lentes. Guérison.

6. — (Furneaux Jordan de Birmingham. *Lancet*, 1872. Avril, 20, p. 540). — Le 27 janvier, ablation de la langue chez une femme, pour cancer. Section de la joue par la méthode de Leed à Glasgow ; on ponctionne la joue en avant de l'angle de la mâchoire, et de là le couteau est dirigé vers l'angle des lèvres ; torsion des artères, qui saignent. Ablation de la langue avec l'écraseur. Au bout de 17 minutes, la section est faite sans hémorrhagie. Réunion de la joue par des points de suture métallique. Le 9 février, le malade va bien ; la plaie jugale est guérie.

7. — (Maisonneuve. *Thèse Capmas*, Paris, 1866, p. 23). — L'affection date de 18 mois. Langue envahie dans presque toute son étendue, depuis la pointe jusqu'à l'épiglotte ; le pilier gauche du voile du palais est pris aussi. Pas de ganglions. Ablation avec des ciseaux courbes le 20 octobre 1858, après avoir préalablement sectionné les deux joues jusqu'aux masséters. On lie les artères au fur à mesure qu'on les coupe. Réunion des joues par une double suture, l'une muqueuse, l'autre cutanée. Guérison.

8. — (Rizzoli, 2^e mémoire, *Bologne* 1861, et *thèse Capmas* 1866. p. 25). — L'affection remonte à 3 ans. Cancer occupant toute la moitié droite de la langue, allant jusqu'au pilier antérieur du voile du palais ; la tumeur empiète un peu sur la muqueuse du plancher buccal. Opération le 14 janvier 1860. Section de la joue. On circonscrit la tumeur en 3 ligatures. La partie mortifiée de la langue se détache le huitième jour.

9. — (Rose, in *Schläpfer*, *thèse Zurich*, 1878, p. 18), — H., 52 ans. L'affection remonte à 6 ou 8 mois. La tumeur occupe toute la langue, sauf une partie de la pointe et du bord gauche, et s'étend en arrière jusqu'au voile du palais. Pas de ganglions. Opération le 2 juin. Incision jugale depuis la commissure buccale jusqu'au delà du masséter ; ligature des artères sectionnées. Ablation de la langue avec deux chaînes d'écraseur, qu'on fait avancer d'un cran par minute pendant 3 $\frac{1}{4}$ d'heures ; puis, les 20 minutes suivantes on n'avance d'un cran que toutes les 10 minutes. Réunion de la plaie jugale par 3 sutures profondes, 2 superficielles, et une suture de la muqueuse à l'angle des lèvres. On ne donne rien à boire ni à manger au patient, les 12 premières heures. 7 juin. La blessure de la joue est cicatrisée.

L'année suivante, 4 septembre 1876, on constate à droite une grosse tumeur s'étendant au-dessous de la cicatrice de la joue jusque sur le cou ; d'arrière en avant, elle s'étend de l'os hyoïde à la nuque. Rien dans l'arrière bouche, ni le plancher buccal. On enlève cette tumeur le 4 octobre. On fait

plus de 20 ligatures ; la carotide et la jugulaire primitive sont liées. On laisse une partie du tissu cancéreux au-dessous de l'angle de la mâchoire, à cause de la faiblesse du pouls qui empêche de continuer l'opération. On applique des tampons de perchlorure de fer. Il se produisit d'abord une fièvre forte qui cessa après la chute des eschares. Bientôt le cancer repullule de tous côtés. Rupture d'un vaisseau pendant un mouvement ; la torsion du vaisseau arrête l'hémorrhagie. Il mourut le 27 février 1877.

10. — Wagstaffe. *The medic. Times and Gaz.*, 1874, vol. II, p. 522). — H., 50 ans. Le malade fait remonter à 22 ans le début de son affection. Première opération faite il y a cinq ans au moyen des caustiques. Récidive qui, pendant les 12 derniers mois, augmenta rapidement. Toute la moitié droite de la langue, et la partie antérieure de la moitié gauche sont envahies. Engorgement des ganglions sous-maxillaires. Opération le 6 avril ; section transversale de la joue droite ; traction de la langue au dehors. Transfixion de la langue avec une broche en acier passée horizontalement en arrière des parties malades ; section de la langue avec l'anse galvanique. Pas d'hémorrhagie pendant ni après l'opération. Le 7^e jour, il se produisit une petite hémorrhagie de la langue, qu'on arrêta par le tamponnement. Guérison au bout de 14 jours. Le 10 octobre, il n'y a pas trace de récidive.

11. — (Gant. *Lancet*, 1881, vol I, p. 372). — H., 58 ans. L'affection date de 8 mois. Toute la langue est envahie. Induration de la glande sous-maxillaire et des ganglions cervicaux supérieurs du côté droit. Opération le 15 janvier 1880. Incision jugale. Ablation de la langue avec l'écraseur. Pas d'hémorrhagie. Suture de la plaie jugale. Les ganglions sous-maxillaires ont diminué, mais ceux du cou ont augmenté.

12. — (Spanton. *Lancet*, 1881, vol. I, p. 911). — H., 34 ans. L'affection a commencé il y a trois mois. Toute la langue est envahie. Ganglions. Excision jugale. Excision de la langue comme dans les observations du même auteur. 10 heures après l'opération, il se produit une hémorrhagie ; on enlève les sutures de la joue et on lie un vaisseau. Gargarismes au chlorate de potasse. Guérison au bout de 1 mois. Les ganglions ont disparu.

2^o Voie sus-hyoïdienne.

a) — PONCTION.

1. — (Arnott. *Médec. chirurg. of London transact.* vol. 22, 1839 ; et *Archiv. g. de méd.* 1840, 3^e série, t. VIII, p. 103). — F., 15 ans. Le côté droit de la langue est occupé par une tumeur faisant saillie au-dessus et au-

dessous de la surface de l'organe, et s'étendant en arrière jusqu'à un demi-pouce de l'isthme du gosier. On pratique la ligature lente par la région sus-hyoïdienne ; on place 3 anses de fil : l'une vertico-transversale, l'autre verticale antéro-postérieure, la troisième horizontale. La langue fut détachée le 16^e jour. Un mois après l'opération, la malade sortait, sans que rien pût faire craindre une récidence.

2. — (Barker. *Lancet* 1879, t. II, p. 270). — H., 26 ans. Cancer datant de 7 mois. Opération le 23 avril 1879. Trachéotomie après chloroformisation. Canule de Trendelenbourg. On met une éponge dans le pharynx. Section médiane de la langue. Ponction sus-hyoïdienne pour introduire la chaîne d'écraseur. Quand la section de la moitié droite fut faite, on enleva le 1/3 antérieur de la moitié gauche, qui était un peu induré ; cette dernière section fut faite au bistouri, ligature de quelques petits vaisseaux. Introduction dans le plancher buccal d'un tube d'argent auquel on adapte un tube en caoutchouc. On enlève la canule de Trendelenbourg. La bouche est recouverte d'une cravate, et le malade respire par le nez seul. Deux jours après, le poids du tube en caoutchouc semblait attirer le drain en argent ; alors on plaça juste au-dessous du menton une petite bandelette plâtrée, qui soutint parfaitement le tube. Pas d'hémorrhagie, ni de fétidité. La plaie trachéale fut rapidement fermée. Convalescence rapide ; on enlève le tube à drainage vers le 13^e jour. Le moignon de la langue étant propre et presque cicatrisé, il n'y eut pas de fétidité. Le patient se levait le 10^e jour, quittait l'hôpital le 19^e.

8. — (Barker. *Lancet* 1879, t. II, p. 269). — H., 49 ans. Psoriasis lingual depuis 3 ans. Opération le 9 avril 1879. Trachéotomie préventive, après chloroformisation. Canule de Trendelenbourg ; son application provoque un peu de dyspnée, comme c'est l'habitude. Section médiane de la langue jusqu'à l'épiglotte ; division partielle des piliers antérieurs du voile du palais de chaque côté. Ponction médiane sus-hyoïdienne pour introduire l'écraseur sur la moitié malade en arrière de la tumeur. On trouve une induration d'environ un pouce de long sur l'autre moitié de la langue ; on enlève alors également la partie antérieure droite avec un écraseur. Hémorrhagie par la ranine de ce côté, qui fut facilement liée. Pas d'hémorrhagie après l'ablation de la moitié gauche. On enlève l'éponge placée dans le pharynx, où elle avait été placée par précaution contre l'hémorrhagie pendant l'opération. On enleva aussi la canule de Trendelenbourg. Le soir, on place dans le plancher de la bouche un tube en argent, avec tube en caoutchouc se rendant dans une solution phéniquée. On ferme la plaie trachéale avec du coton, et le malade respire momentanément par la bouche, qui ne contient encore aucun produit de suppuration.

10 avril. 15 heures après l'opération, on place une canule à trachéotomie dans la plaie trachéale ; le nez et la bouche sont fermés avec des cravates, qu'on change quand elles sont sales. La canule irritait beaucoup la trachée, surtout pendant les mouvements de déglutition. Le drainage de la bouche est parfait. Le malade reste assis dans son lit. Emploi fréquent et abondant des détersifs. Chaque 6 heures, lait glacé donné par la bouche ; pendant que le malade le prenait, on fermait le tube à drainage en caoutchouc, pour l'empêcher de sortir par là.

14 avril. On enlève la canule trachéale ; on laisse la plaie trachéale ouverte.

16 avril. La plaie trachéale s'étant rétrécie, la respiration se fait en partie par la bouche, qui prend un peu d'odeur.

17 avril. On enlève le tube à drainage ; la respiration se fait complètement par le nez.

18 avril. La plaie trachéale est fermée. La langue est presque nettoyée.

Sort le 25, les plaies étant presque complètement fermés. On le revit quelque temps après ; il allait bien.

4. — (Broca. *in thèse Blanchet*, Paris 1862, p. 30). — Cancroïde de la langue. Section de cet organe avec l'anse galvanique introduite par ponction sus-hyoïdienne. On chauffa trop le fil au moment de la section transversale gauche, et il se produisit une hémorrhagie de la linguale. Arrêt de l'hémorrhagie par cautérisation. Le malade va bien pendant 36 heures ; il veut alors parler et se lever. Il se produit une nouvelle hémorrhagie, qu'on ne peut arrêter que par la compression de la carotide. Le malade avait tant perdu de sang, qu'il mourut dans la nuit.

5. — (Chassaignac. *Opérat. chirurg.* t. II, p. 522). — H., 59 ans. Ablation d'un cancer de la langue par Velpeau, au moyen de la ligature. Récidive au bout de 3 ans. Tumeur siégeant à la partie droite antéro-externe de la langue, allant en arrière jusqu'à l'isthme. Ablation le 10 janvier 1859 avec l'écraseur par la région sus-hyoïdienne.

Pas d'accidents primitifs ni consécutifs.

6. — (Cloquet. *Arch. gén. de méd.*, t. XIV, 1^{re} série, 1827). — H., 57 ans. Cancer occupant tout le côté droit de la langue, jusque auprès de la base. Cloquet fait la ligature lente de la tumeur, en introduisant les fils par la région sus-hyoïdienne. La respiration difficile le soir, fut encore plus gênée les jours suivants et le malade mourut 4 jours après l'opération.

A l'autopsie, on trouva le larynx, la trachée et les bronches remplies de mucosités sanguines et purulentes noirâtres.

7. — (Fenwick de Montréal. *Lancet* 1868, 12 décembre, p. 776). — 20 novembre 1868. Ablation de toute la langue par le procédé de Nunneley. La

section est faite quelques lignes en avant de l'épiglotte avec l'écraseur introduit par la région sus-hyoïdienne. Ablation faite en 9 minutes. Le 27 novembre la plaie granulait bien.

8. — (Foucher. *Gaz. des hopitaux*. 1832, p. 518). — Cancer du côté droit de la langue, s'étendant d'une part jusque près de la ligne médiane et de l'autre assez près de la base ; toute l'épaisseur de la langue est envahie. Ablation de la moitié de la langue par l'écraseur introduit par ponction sus-hyoïdienne ; on fait 3 sections : une vertico-transversale, une verticale antéro-postérieure et une horizontale antéro-postérieure. Après les deux sections antéro-postérieures qui furent faites avec deux écraseurs, marchant simultanément, il se produisit une hémorrhagie abondante. On l'arrêta avec du perchlorure de fer. Dans ces deux sections on avait avancé d'un cran par minute. L'hémorrhagie redoublant d'abondance, on fit la compression de l'artère carotide ; on cautérisa sans succès toute la surface de la plaie. Le malade s'affaiblissait et éprouvait de véritables accès de suffocation. En présence d'un danger imminent, Foucher se décida à lier promptement l'artère carotide externe. L'hémorrhagie cessa immédiatement.

Cinq jours après l'opération, le malade allait bien, et la ligature de la carotide externe ne semblait avoir produit aucune complication.

9. — (Gant. *Lancet* 1883, 8 novembre). — Le patient a déjà été opéré deux fois sans succès. La tumeur reparut chaque fois au bout de quelques jours. Pas de ganglions. Incision jugale ; pédiculisation de la tumeur avec des aiguilles plantées en avant de l'épiglotte ; ablation avec un écraseur placé en arrière. On avance de un cran chaque deux minutes d'abord, puis chaque une minute et demie ; l'ablation dure 38 minutes. Suture entortillée de la joue ; on enlève les épingles le 5^e jour ; la cicatrice est à peine visible.

Observation inédite.

10. — François Bregier, 69 ans, de Portieux (Vosges), entre le 3 mars 1884 à l'hôpital de Nancy, service de M. Gross. Salle 4, lit n°3. Le malade travaille depuis de longues années dans une verrerie ; mais il n'a jamais soufflé le verre. — D'une constitution primitivement bonne, détériorée aujourd'hui. Le malade n'a eu aucun antécédent héréditaire ; il n'est ni rhumatisant ni syphilitique. Il y a sept ans il eut à la lèvre inférieure droite un petit bouton qui atteignit progressivement le volume d'une noisette. La petite tumeur se recouvrit d'une croûte brune qui en tombant montra une ulcération à bords déchiquetés. Au dire du malade, cet accident ne s'accompagna d'aucune tuméfaction ganglionnaire.

3 ans plus tard, la petite tumeur fut enlevée par une incision en V à sommet inférieur. Actuellement la lèvre est rétrécie et porte les cicatrices de cette incision. Après cette opération, Bregier, qui auparavant a été fort fumeur de pipe cessa l'usage du tabac et sa santé est restée satisfaisante jusqu'à il y a six semaines environ. A cette époque il constata à l'extrémité de la pointe de la langue une petite ulcération assez creusée, douloureuse au contact des dents ou des aliments ; peu de temps après le bout de la langue devint dur.

L'ulcération et l'induration augmentèrent peu à peu et le malade éprouva quelques difficultés dans la parole et les mouvements de la langue. Il y a trois semaines il constatata dans la région sous-maxillaire gauche l'existence d'un ganglion. Il consulta alors un médecin qui lui conseilla d'entrer à l'hôpital de Nancy.

Etat actuel. — A l'extrémité de la langue existe une ulcération qui occupe surtout la face inférieure de la pointe et du bord gauche de la langue ; elle mesure deux centimètres environ de longueur, elle contourne le bord gauche de la langue, dépasse légèrement la ligne médiane et se prolonge jusqu'à un centimètre environ du pilier antérieur.

Dans la région sous-maxillaire gauche on trouve un ganglion du volume d'une noisette et roulant sous les doigts : ce ganglion est douloureux à la pression ; un autre ganglion se constate dans la région carotidienne supérieure. De temps à autre le malade éprouve des douleurs lancinantes dans l'oreille gauche, s'irradiant dans la région temporale. Les mouvements de la langue sont gênés, le malade ne prend guère que des aliments liquides ou des œufs ; il éprouve des difficultés de la parole. Le malade a un peu maigri dans ces derniers temps. Il est pâle, anémié ; mais ne présente rien de particulier à l'examen des grands viscères et de leurs fonctions.

Le 11 mars 1884, amputation de la langue avec l'anse galvanique, après chloroformisation et écartement des mâchoires à l'aide d'un ouvre-bouche ; une aiguille tubulée courbe est passée à travers le bord de la langue, en arrière de la tumeur, transversalement et profondément. Cette aiguille sert à placer une première anse de platine qui sectionne la langue verticalement et transversalement, en arrière de la tumeur. Cela fait, un trocart est enfoncé par la région sus-hyoïdienne sur la ligne médiane, en arrière de la symphise du menton, de manière à pénétrer dans la bouche derrière l'arcade dentaire en avant du filet de la langue ; une deuxième anse de platine est placée dans la profondeur de la section transversale de l'organe et ses extrémités ressortant à la région sus-hyoïdienne entourent la base de la langue et la détachent aussi profondément que possible du plancher buccal. On enlève ensuite le ganglion de la région sous-maxillaire gauche puis, non sans quelques difficultés, celui de la région

carotidienne, qui était profondément situé et accolé à la carotide externe. Les deux ganglions sont ramollis et présentent une substance caséeuse et brunâtre.

Un tampon de gaze iodoformé fut appliqué contre les plaies intra-buccales, les plaies du cou furent pansées avec de la gaze phéniquée. Les deux premiers jours après, le malade a souffert d'une légère pharyngite; il se plaint de douleurs dans l'arrière-gorge; il avale difficilement, on est obligé de le nourrir au moyen d'une sonde urétrale. Lavages de la bouche avec une solution d'hypermanganate de potasse. — Poudre d'iodoforme sur les eschares qui se ramollissent. Température peu élevée.

15 mars. La pharyngite cesse, l'opéré avale facilement. Pansement phéniqué au cou : on supprime les drains placés dans les incisions faites pour extirper les ganglions.

18. — Il persiste à peine une petite fistule au niveau de la plaie carotidienne. L'eschare sus-hyoïdienne produite par la cautérisation du fil de platine suppure encore un peu.

On enlève les lambeaux *mortifiés* de l'eschare de la langue; en détachant l'un d'eux on obtient quelques stries de sang. Dans l'après-midi, *hémorrhagie buccale* très forte, on l'arrête par un tamponnement à l'eau de Pagliari.

19. — Pour éviter une nouvelle hémorrhagie on conseille à l'opéré un repos absolu, on lui recommande de boire aussi peu que possible et on lui défend tout aliment solide. On le nourrit avec la sonde. Nouvelle hémorrhagie le soir; le tamponnement ne réussit pas; le sang provient d'une artère de la moitié gauche du moignon; on la saisit avec une pince hémostatique qu'on laisse à demeure.

20. — Alimentation par la sonde. La pince hémostatique reste en place; les plaies du cou ont bon aspect;

21. — La pince se détache, un léger écoulement hémorrhagique se produit, mais est facilement arrêté par un tamponnement avec une boulette de coton hydrophile imbibé d'eau de Pagliari.

22. — Alimentation trois fois par jour avec la sonde; 3 lavements de bouillon. L'état général est satisfaisant.

La plaie linguale bourgeonne très bien. La plaie carotidienne est cicatrisée; la plaie sous-maxillaire donne encore un peu de pus.

25. — Chute des eschares du plancher buccal. Le malade commence à parler.

30. — Le malade sort de l'hôpital dans un état très satisfaisant.

Nous savons par le médecin traitant que, le 17 avril, le moignon lingual était entièrement cicatrisé.

Vers la fin de mai le malade se présente avec une récurrence dans les ganglions sous-maxillaires et carotidiens qui sont très tuméfiés. Quelque temps plus tard il se produit une récurrence dans le moignon de la langue. Nous avons appris qu'en juin sa situation était désespérée.

Observation inédite.

11. — Chardin, 37 ans, vigneron, entré à l'hôpital de Nancy le 9 février 1884. Homme d'une constitution robuste, d'une bonne santé antérieure. Antécédents héréditaires bons ; il est père de trois enfants bien portants.

En février 1880, il a subi une première opération à l'hôpital Saint-Léon ; il portait à cette époque sur le bord droit de la langue une ulcération datant de 18 mois, large comme une pièce de un franc, presque indolente, ne gênant le malade que quand il parlait. Elle avait débuté par une petite élévation rouge que le malade grattait, coupait même à chaque instant ; elle mit 18 mois à s'étendre. C'est dans ces conditions qu'on lui excisa cette tumeur. En quelques jours cet homme fut guéri et reprit son travail.

En novembre 1882, il sentit de nouveau sur le bord droit de la langue, au point où siégeait le premier mal, une petite saillie dure, proéminent au-dessus des parties environnantes, s'étendant en dehors jusqu'à l'arcade alvéolaire. A ce moment, il quitta l'usage de la pipe qu'il fumait depuis longtemps, un médecin consulté lui prescrivit des gargarismes, et lui cautérisa le mal avec du nitrate d'argent. Pendant près d'un an l'affection resta presque stationnaire, ne causant aucune douleur, gênante seulement à cause de la tuméfaction du bord de la langue qui s'interposait souvent entre les dents. La souplesse de l'organe diminuait : les mouvements de déglutition étaient empêchés. L'induration s'étendait dans les tissus de la langue. Au mois de décembre 1883, il se produisit une ulcération superficielle, peu large d'abord, mais qui s'agrandit assez vite, restant toujours indolente. Le malade ne s'en apercevait, dit-il, que par la sensation du picotement causée par le contact du vinaigre. Depuis environ deux mois, la tumeur a pris un développement rapide, surtout vers la base de l'organe et vers la partie inférieure ; elle est devenue douloureuse ; elle ne se prête plus que difficilement aux mouvements nécessaires pour la déglutition ou la phonation. Les mots ne sont plus articulés. Cet état inquiétant poussa le malade à essayer les remèdes les plus bizarres ; il alla même jusqu'à appliquer des vésicatoires sur son mal. Ne réussissant pas dans ses tentatives, il vient à l'hôpital.

Etat actuel. — On a affaire à un homme vigoureux ne souffrant nullement de son affection que par la gêne qu'elle procure. L'état général est bon. Pas de cachexie.

La langue est augmentée de volume, serrée entre les arcades alvéolaires, qu'elle dépasse en hauteur. La surface est enduite d'un dépôt blanc, comme pultacé, s'enlevant facilement par le frottement. On constate une ulcération à fond mamelonné, saignant, occupant le $\frac{1}{3}$ moyen de la face supérieure et du bord externe de la moitié droite de la langue ; elle s'étend sur une longueur de 5 cent. et sur une largeur de 3 cent. Elle est limitée en avant et en dedans par une saillie dure, donnant à l'ulcération la forme d'un cratère. En arrière, la langue est surélevée, légèrement ulcérée par place, semblant à la vue constituée par un tissu très-dense, rouge. Elle touche presque le voile du palais.

A la palpation, on trouve une dureté compacte, ayant son maximum au niveau de l'ulcération, mais s'étendant vers la base de la langue jusqu'aux replis glosso-épiglottiques en arrière et du côté droit, en avant jusqu'à 1 cent. de la pointe. L'induration s'est aussi étendue dans le $\frac{1}{3}$ moyen de la partie gauche de l'organe, épaississant tout son tissu et lui donnant une consistance cartilagineuse. La palpation détermine une petite hémorrhagie à la surface de l'ulcération. Le plancher buccal paraît légèrement induré en avant. La douleur est assez vive par moments, surtout pendant la mastication. Elle arrive par paroxysmes, et s'irradie dans la tempe et l'oreille ; par moments le malade dit ressentir des douleurs dans les dents inférieures droites.

Les symptômes fonctionnels sont surtout prononcés en ce qui concerne la phonation ; l'articulation des mots est gênée. La déglutition est moins facile ; les mouvements de la langue, presque impossibles.

Dans la région carotidienne droite, vers l'angle de la mâchoire, on trouve un ganglion engorgé assez volumineux ; on en sent d'autres plus petits, vers la partie inférieure du cou, et autour de la glande sous-maxillaire droite.

L'appétit est bon, les fonctions sont régulières. La langue paraissant fortement congestionnée, est tuméfiée par les nombreuses manœuvres de traitement. On met le malade en observation, on prescrit de fréquents lavages avec une solution de chloral. Sous l'influence de ce traitement la langue a sensiblement diminué de volume. La tuméfaction de l'organe ne s'étend plus jusqu'aux piliers ; on peut mieux sentir les limites de la tumeur : l'induration a environ le volume d'un petit œuf de poule. L'induration du plancher buccal a complètement disparu, la tumeur reste limitée aux $\frac{3}{4}$ antérieurs de la langue.

Le 25 mars, on pratique l'amputation de la langue avec l'anse galvanocaustique. Une première section vectico-transversale est faite en arrière de la tumeur avec une première anse introduite par la région sus-hyoidienne. A cet effet on pratique derrière la symphise du menton sur la ligne médiane une petite incision verticale qui permet d'abord d'enlever un petit ganglion

sus-hyoïdien ; cela fait, on pousse de bas en haut par la plaie sus-hyoïdienne, un trocart qui vient sortir au-dessous du frein et sert à placer une anse horizontale comme dans l'observation précédente. On sectionne horizontalement pour détacher la langue aussi profondément que possible du plancher. Pendant la section le fil de platine se rompt, et on est obligé de compléter la section par la voie buccale.

On extirpe ensuite quelques petits ganglions sous-maxillaires droits et un ganglion volumineux situé vers l'angle du maxillaire inférieur et accolé à la gaine des vaisseaux.

Il ne reste qu'une faible partie de la langue ; en avant du moignon on trouve la plaie d'amputation qui a une surface régulière.

La plaie intra-buccale est saupoudrée d'iodoforme. Les plaies du cou sont recouvertes du pansement de Lister.

Lavements de bouillon.

26 mars. — Le malade a dormi quelques heures ; il ne ressent aucun mal. On renouvelle le pansement des plaies cervicales. Gargarisme au chloral. La température monte à 38°,4 le soir.

27. — Nouveau pansement des plaies cervicales. Le malade est très calme ; il prend de 2 à 3 litres de lait par jour.

28. — Toute la surface de la plaie buccale est recouverte d'une eschare blanc-jaunâtre. Les autres plaies commencent à bourgeonner. Peu de suppuration. T. 38°,2.

29. — Le malade prend des aliments liquides sans sonde. On continue les gargarismes au chloral. Pansements quotidiens.

30. — Petite hémorrhagie dans la soirée. Elle est facilement arrêtée par l'eau de Pagliari. On nourrit de nouveau avec la sonde.

T. 38°,4 le matin ; 39°,4 le soir.

1^{er} avril. — Quelques râles de bronchite à l'auscultation des poumons. La plaie carotidienne est tuméfiée. T. 38°,2.

4 avril. — L'induration phlegmoneuse qui entoure la plaie carotidienne commence à se résoudre.

L'opéré prend du lait et du bouillon. T. 37°,7.

L'eschare buccale est ramollie et commence à se détacher.

8 avril. — La plaie carotidienne se cicatrise. L'eschare buccale n'est pas encore entièrement détachée. Gergarismes au chloral. Le malade commence à parler et à prendre des aliments demi-solides.

11 avril. — L'eschare buccale tombe par lambeaux. La plaie de la langue bourgeonne bien. Le malade demande à rentrer chez lui. Il obtient son exeat. La plaie carotidienne est presque fermée ; celle de la région sus-hyoï-

dienne se ferme également. — Dans les derniers jours de mai, le malade vient se montrer ; on ne constate aucune trace de récidence buccale, ni ganglionnaire ; l'état général est très satisfaisant.

Nous avons eu de ses nouvelles fin juin. A cette époque, aucune trace de récidence, ni dans la bouche, ni dans les ganglions.

Observation inédite.

111. Le nommé Mathieu Joseph, âgé de 50 ans, vigneron, entra à l'hôpital St-Léon, service de M. Gross, salle Saint-Jean, n° 7, le 9 avril 1883. Jamais il n'a été arrêté dans son travail ; il semble d'une constitution robuste, et ne présente aucun antécédent morbide. Ses parents sont morts dans un âge avancé, tous deux d'affections aiguës. Le malade est fumeur et accuse le tabac d'être la cause de son affection. Il y a deux ans, dit-il, une petite crevasse aurait apparu sur le côté gauche de la langue. Cette petite crevasse était indolore, saignait légèrement quelquefois, et lui occasionnait une certaine difficulté dans la prononciation des mots. A peine visible au début, elle augmenta de jour en jour, et, à son arrivée à l'hôpital, on aperçoit, à l'inspection de la cavité buccale une ulcération peu profonde, occupant tout le bord gauche de la langue, mais n'en atteignant pas le dos. Toute la moitié gauche et la pointe de la langue sont indurées. L'ulcération n'atteint pas le plancher de la bouche, ni la face interne des joues, ni les gencives. Les mouvements de la langue sont très limités. Dans la région sous maxillaire, se trouve un ganglion gros comme une noisette. L'arrière-gorge, les amygdales, les piliers du voile du palais sont intacts. La déglutition des solides est impossible. Les grosses molaires manquent, sauf la première ; comme elle irrite sans cesse l'ulcération de la langue, on l'arrache.

On désinfecte la bouche du malade avec l'iodoforme et le permanganate.

24 avril. — Extirpation de la tumeur avec l'anse galvanique. Anesthésie par le chloroforme. On tire la langue en avant à l'aide d'un fil passé dans la pointe. On traverse la langue d'avant en arrière sur la ligne médiane avec un trocart courbe qu'on fait passer un bon centimètre en dedans des limites du mal. La tumeur isolée en arrière et en dedans fut enfin détachée du plancher de la bouche avec une troisième anse placée horizontalement autour de sa base.

Aucune hémorrhagie. Le moignon de la langue présente une eschare régulière, dirigée légèrement de haut en bas et de droite à gauche. Pansement à l'iodoforme. Le ganglion qui était situé dans la région sous-maxillaire est enlevé. — Trois ligatures. — Le drainage est fait par les fils à ligature. Pas de suture. — Pansement à l'iodoforme et au coton salicylé.

Examen macroscopique. — Le néoplasme enlevé présente une forme assez régulièrement triangulaire, la hauteur est de 5 centimètres ; transversalement sa plus grande dimension est de 3 centimètres. L'ulcération présente deux taches : l'une blanchâtre, ischémisée, l'autre bleuâtre. Le fond de l'ulcération est irrégulier, bosselé, ainsi que les bords. Le bord gauche porte les empreintes de plusieurs dents. Toute la partie enlevée de la langue présente de l'induration plus prononcée cependant du côté gauche. La surface de section présente un tissu dur et lardacé.

L'examen histologique reconnaît un épithélioma lobulé.

L'état du malade reste satisfaisant pendant les premiers jours après l'opération. Les eschares commencent à se détacher. Pas d'hémorrhagie.

4 mai. — Accès de fièvre avec frisson intense. (Le malade s'était couché et endormi sur le gazon dans le jardin.) Tuméfaction aiguë des ganglions carotidiens. Phlegmon.

Tous les ganglions du cou se prennent rapidement les uns après les autres, des deux côtés. Adénopathies carcinomateuses graves. Mort de cachexie, 6 mois après l'opération.

12. (Harrison Reginald. *British med. journal*, 30 sept, 1871, p. 384.) — Epithélioma occupant la moitié antérieure et latérale de la langue. Pas de ganglions.

22 août. — Introduction de la chaîne d'écraseur par ponction sus-hyoïdienne, après section du frein et de la muqueuse du plancher buccal, pour pouvoir tirer plus facilement la langue au dehors. L'écrasement dure 30 minutes. Pas d'hémorrhagie. Alimentation per anum. Sort guéri le 9 septembre.

13. (Jessop. *Lancet*, 6 septembre 1872.) — H., 61 ans. Depuis 2 ans et demi, petite tumeur indurée sur la moitié gauche de la langue. Actuellement, ulcération de 1 pouce 3/4 de long, de 1 pouce 1/2 de large, empiétant peu sur la moitié droite. Pas de ganglions.

Opération le 6 juin. Incision longue de 1 pouce, de la peau et du tissu cellulaire, au-dessus de l'os hyoïde. Introduction avec aiguille, de l'écraseur. Chloroforme. On avance d'un cran chaque 1/2 minute, d'abord, puis chaque 15 secondes. Ablation au bout de 10 minutes, sans hémorrhagie.

22 août. — Tumeur de récidence au-dessous du menton ; elle est grosse comme une noix ; le malade l'a remarquée il y a 15 jours.

14. (Le Dentu. *Société de chirurgie*, 15 déc. 1880.) — H., 65 ans. Epithélioma allant en arrière, presque jusqu'à l'épiglotte et s'étendant en avant, presque jusqu'à la pointe, mais ne dépassant pas la ligne médiane. Pas de ganglions. Ablation avec écraseur par la région sus-hyoïdienne. Hémorrhagie sérieuse pendant l'opération.

Deux pinces hémostatiques sont laissées en place.

Au 5^e jour, hémorrhagie foudroyante. Mort en 3¼ d'heure.

15. (Le Dentu. *Société de chirurgie*, 15 décemb. 1880.) — H., 39 ans. Carcroïde de la langue, partiellement gangrenée. Deux ganglions mobiles au niveau de l'angle de la mâchoire à droite. La dégénérescence s'arrête à 1 centimètre en avant de l'épiglotte. Presque toute la moitié latérale droite de la langue est envahie. Ablation avec écraseur par la région sus-hyoïdienne, après avoir, au préalable, enlevé les deux ganglions. — Résultat opératoire très satisfaisant; mais, au bout de 3 semaines, il y a une repullulation dans les tissus intermédiaires à la plaie de la langue et à celle des téguments. — Mort deux mois après l'opération.

16. (Le Dentu. *Société de chirurgie*, 15 déc. 1880.) — H., 64 ans. Epithélioma de la partie latérale droite de la langue, allant presque jusqu'à l'épiglotte, atteignant un peu la base du pilier antérieur droit du voile, et s'arrêtant à 1 cent. de la pointe. La ligne médiane est dépassée. Pas de ganglions. Ablation de près des 2/3 de la langue et de la partie malade du pilier antérieur avec l'écraseur. Pas d'hémorrhagie. Résultat opératoire très bon. Guérison en 5 semaines.

4 mois après, ganglion gros comme une amande, sous l'angle de la mâchoire. Huit jours plus tard, une masse volumineuse occupe le côté droit du cou et la région parotidienne. La guérison vraie n'aura été que de 3 mois; et comme la mort surviendra probablement dans 2 ou 3 mois, la survie totale, à partir de l'opération, sera de 12 à 14 mois.

17. (Lücke. *Berliner Klinische Wochenschrift*, 1873.) — Extirpation complète de la langue, avec le galvano-cautère introduit par la région sus-hyoïdienne. La langue fut sectionnée au niveau de la première rangée de papilles caliciformes. Au bout d'une demi-année, pas de récive.

18. — (Nunneley. *British. med. journal*, p. 204, 5 novembre 1866). — Au mois d'août 1855, Nunneley fit dans la 34^e réunion annuelle de la *Britisch medical Association*, la communication suivante, au sujet de l'amputation totale de la langue : j'ai fait l'opération 5 fois; dans 4 cas toute la langue fut enlevée et dans le cinquième plus des deux tiers. Dans deux cas il ne s'ensuivit aucun trouble grave; chez deux autres il y eut des symptômes dangereux, qui se dissipèrent bientôt.

Dans 4 cas, Nunneley opéra de la façon suivante : introduction de la chaîne d'écraseur par une ponction sus-hyoïdienne; pédiculisation de la tumeur avec deux ou trois fortes aiguilles. L'écraseur en place, on pratique l'anesthésie. Dans un cas on fit la section trop rapidement; une linguale saigna; une ligature dans la plaie en eut bien vite raison. La bouche et le pharynx furent

douloureux les 36 premières heures, et la déglutition fut pénible ; on donne des lavements nutritifs, des opiacés, de la glace. La plaie guérit au bout de 15 jours 3 semaines.

Dans le premier cas opéré, il se produisit une pneumonie diffuse, qui rendit très-malade le patient dans les premiers jours.

Ceci dépendait plus de l'accident opératoire qui était survenu (rupture de la chaîne de l'écraseur), que de l'ablation de la langue en elle-même.

19. — (Nunneley. *Med. Times and Gaz*, 1861, vol. II. p. 648). — H., 35 ans. L'affection date de 3 ans. Le cancer occupe toute la langue jusqu'à la base. On fait l'ablation avec un écraseur introduit par une ponction sus-hyoïdienne. La chaîne cassa.

On employa un cordon de fouet introduit de la même façon, et qu'on serra fortement.

Le malade souffre d'abord beaucoup ; on lui donne des opiacés. Lavements nutritifs. Le 4^e jour les douleurs se calmèrent.

10 octobre. Hémorrhagie d'une pinte pendant la nuit, arrêtée avec du perchlorure de fer. L'hémorrhagie se répète encore plusieurs fois, mais plus faiblement.

Le 17, nouvelle ligature autour de la base. Au bout de 54 heures, hémorrhagies nouvelles. On replace des ligatures verticales et horizontales.

Le 23, nouvelles hémorrhagies abondantes, nouvelles ligatures dans les deux sens. Il n'y avait pas de douleur, ce qui indiquait que les nerfs étaient déjà sectionnés.

Le 30, on place deux nouvelles ligatures.

Le 2 novembre, ligature horizontale avec un fil métallique.

Le 3, on replace un nouveau fil qui lâche également.

Le 4, nouvelle ligature horizontale.

La langue est alors complètement libre. Il n'y eut ni douleurs, ni hémorrhagies, pendant les 4 ou 5 dernières opérations.

La plaie de section, très petite, se ferma le jour suivant.

La base était sectionnée quelques jours avant la face inférieure.

12 mois après pas de récurrence. Mort de phtisie pulmonaire.

20. (Mirault. *Gazette médicale*, 1835, t. 3, p. 441). — Tumeur encéphaloïde ulcérée et végétante à la la langue, s'étendant jusqu'à l'isthme du gosier. On essaye la ligature des deux linguales à la région sus-hyoïdienne ; l'une d'elles ne peut être trouvée. Ligature par la région sus-hyoïdienne, de chaque moitié de la langue séparément.

Section transversale de la langue à la hauteur du voile du palais. On laisse les choses en cet état, sans détacher la langue du plancher buccal ; et peu à peu l'ulcération se cicatrisa, et la tumeur se termina par résolution.

21. — (Walther Whitehead de Manchester. *Lancet*, 8 février 1873, p. 199). — F., 69 ans. Tumeur datant de un an, sur la moitié droite de la langue ; depuis elle s'est étendue à gauche jusque en arrière des papilles caliciformes. — Opération le 4 décembre 1872. Chloroforme et traction de la langue. On introduit l'anse galvanique par une ponction sus-hyoïdienne ; on la place tout à fait au devant de l'épiglotte. Chaque demi-minute, on avance d'un cran ; environ 11 tours de vis suffisent. Pas d'hémorrhagie. — Lait chaud pendant les deux premiers jours, introduit avec une seringue en verre jusqu'à l'arrière-bouche.

Il persista pendant quelque temps une fistule faisant communiquer la bouche avec la région sus-hyoïdienne.

28 janvier 1873. La malade s'en va. Pas de récurrence au départ.

22. — (Wood. *Lancet*, 6 juillet 1878). — Cancer de la langue. Section avec les ciseaux des attaches de la langue au plancher de la bouche ; section des piliers antérieurs du voile. On place autour de la langue, en avant de l'épiglotte, une chaîne d'écraseur introduite par une incision sus-hyoïdienne. La section fut faite en deux minutes. Hémorrhagie légère qu'on arrête avec le fer rouge. Guérison.

23. — (Boeckel. *Galvanocaustie thermique*, Strasbourg 1873). — H., 49 ans. Cancer ulcéré, datant de 6 mois, et occupant une grande partie de la moitié gauche de la langue. Ganglion sous-maxillaire à gauche. Ablation de la moitié gauche de la langue, le 4 octobre 1871, avec l'anse galvanique. Pas de sang.

On prescrit un gargarisme désinfectant à l'hyposulfite de soude et l'on nourrit le malade avec une sonde urétrale enfoncée dans l'œsophage.

Le 5^e jour, il survint une petite hémorrhagie secondaire, qu'on arrêta avec l'eau de Pagliari et la glace.

Le 13^e jour, nouvelle hémorrhagie abondante arrêtée avec de la glace et des tampons de perchlorure de fer.

Dans les derniers jours de février 1872, récurrence sur place ; le malade succombe vers la fin de mai.

24. — (Boeckel. *loc. citato*). — H., 65 ans. Cancer ulcéré, datant de 6 mois, et occupant toute la moitié gauche de la langue, sans dépasser la ligne médiane. Chaîne de ganglions, un peu marqués, en dedans du bord interne du sterno-mastoïdien droit ; ganglion unique, assez marqué, au bord interne du sterno-mastoïdien gauche.

Ablation de la langue avec l'anse galvanique, le 29 janvier 1872. Mort le 3^e jour de septicémie.

25. — (Boeckel. *loc. citato*). — H., 61 ans. Cancer ulcéré occupant le mi-

lieu du bord gauche de la langue et datant de 4 mois. Ganglion sous-maxillaire induré.

Ablation de la tumeur avec l'anse galvanique le 17 décembre 1872. On enlève ensuite le ganglion malade, avec le bistouri. Pas d'hémorrhagie primitive, ni secondaire.

26. — (Boeckel. *loc. citato*). — H., 65 ans. Le début de l'affection remonte à 4 mois. Tumeur cancéreuse de la moitié gauche de la langue, allant jusqu'à la ligne médiane. Rien dans le plancher de la bouche, ni dans les ganglions du cou. Ablation de la moitié gauche de la langue, avec l'anse galvanique, le 14 novembre 1872. Pas de sang.

Le 5^e jour, légère hémorrhagie qui s'arrête spontanément.

Succombe quelques mois plus tard à une affection intercurrente. Commencement de récédive locale.

b) — INCISION.

1. (Barvell. *Lancet* 1881. Vol. I. p. 460.) — H., 60 ans. la tumeur date de 2 ans; elle fut déjà enlevée 2 fois par la ligature; elle reparut chaque fois rapidement. La langue tout entière est envahie. Pas de ganglions. Une incision de 1½ de pouce environ, faite immédiatement au-dessus de l'os hyoïde, mit à nu le raphé du mylo-hyoïdien, dont la division découvrit le bord du génio-hyo-glosse. Ces muscles une fois séparés par le manche du scalpel, l'opérateur arriva sur la base de la langue et la face profonde de la muqueuse buccale. Une aiguille de Liston servit alors à introduire la chaîne d'écraseur destinée à faire la section vertico-transversale en avant de l'épiglotte. La section horizontale fut faite par la bouche avec l'écraseur également. Guérison le 12^e jour.

2. (Bruchet, interne, *in these Guillier*, Paris, 1881, p. 65.) — H., 68 ans. Début de l'affection, il y a 5 mois. L'ulcération fit de rapides progrès, et actuellement, elle occupe largement le bord de la langue, depuis la pointe jusque près de la base, elle effleure le plancher de la bouche qui est peu atteint; il n'y a pas de ganglions appréciables. Douleurs et gêne fonctionnelle très grandes.

Le 20 octobre, Verneuil pratique, par le procédé sus-hyoïdien latéralisé, l'ablation de la moitié de la langue, du plancher de la bouche, et de la glande et des ganglions sous-maxillaires, du côté correspondant. Guérison opératoire.

3. Kocher. *Ueber Radicalheilung des Krebses. Deutsch. Zeitsch. f. Chirurg.* t. XIII, p. 138.) — H., 53 ans. A la fin de 1878, on constate un carcinome de l'amygdale gauche, empiétant sur la voûte palatine antérieure et la

base de la langue. Refuse l'opération. 6 mois plus tard, gros paquets de ganglions sous-maxillaires, s'étendant à gauche, depuis l'angle de la mâchoire jusqu'à la clavicule. On enlève ces ganglions et on excise en même temps plus du tiers du sterno-mastoïdien. Au bout de 8 semaines, il y eut une récurrence au-dessous de l'angle de la mâchoire.

Le 30 septembre on pratique la pharyngotomie, et, auparavant, l'excision de la récurrence citée. Trachéotomie préventive. La tumeur de récurrence était tellement accolée aux gros vaisseaux, qu'on eut enlever la carotide primitive entre deux ligatures. On fait alors la résection de la grande corne gauche de l'os hyoïde qui était malade, on ouvre soigneusement l'œsophage, puis on va réséquer le 1^{er} 3 postérieur de la base de la langue, et on enlève la paroi gauche du pharynx. L'excision du voile du palais, de la luette, du pilier antérieur, fut faite par la voie buccale. On enleva également les parties malades accolées à la face interne du maxillaire et du ptérygoïdien interne.

L'alimentation eut lieu deux fois par jour, avec la sonde œsophagienne. Le cours de la blessure fut complètement aseptique, grâce au pansement occlusif complet.

4 semaines après l'opération, récurrence à la partie supérieure de la plaie ; on excise les parties malades le 28 octobre.

Le patient est très affaibli. Bronchopneumonie et pleurésie gauche. Mort le 11 novembre.

4. (Kocher. *Ueber Radicalheilung des Krebses. Deutsche Zeitsch. f. Chir.* 1880, t. XIII, p. 148.) — Tumeur ulcérée, siégeant vers le tiers moyen de la partie droite de la langue ; la partie postérieure envoie un prolongement conique vers l'angle de la mâchoire. L'opération faite le 20 mars 1875, avec le galvano-cautère, dura 1 heure 3⁴.

Première incision au niveau de l'angle de la mâchoire, et ligature de la faciale ; deuxième incision sur la ligne médiane, au-dessus de l'os hyoïde. Par ces ouvertures, on introduit l'anse de platine ; on circonscrit la tumeur par 4 incisions, une à la base en avant du pilier antérieur du voile du palais, une sur la ligne médiane, une en avant, pour isoler les parties saines de la pointe, et une sur les côtés, pour couper les attaches avec la partie interne du maxillaire inférieur. Pas d'hémorrhagie. La guérison fut retardée par des douleurs intenses, de la difficulté d'avaler, et une hémorrhagie survenue le 10^e jour.

A la fin de mai, un séquestre, large comme une pièce de 5 francs, se détacha de la face interne du maxillaire inférieur. Le 3 juin, tout va bien.

Le 24 janvier 1879, le patient allait bien, et ne présentait aucune trace de récurrence.

5. — (Kocher. *Ueber Radicalheilung des Krebses*, *Deutsche Zeitschr. f. chirurg.*, 1880, t. XIII, p. 148). — Ulcération à base indurée du bord droit de la langue, consécutive à du psoriasis. Opération le 3 août 1884. Introduction de l'anse galvanique par la région sus-hyoïdienne ; comme on ne parvient pas à faire marcher l'appareil, on la remplace par une chaîne d'écraseur. On fit 4 sections en arrière, en avant, en dehors puis sur la ligne médiane, et la séparation de la langue fut alors complète. L'opération dura deux heures et demie ; faible perte de sang. La guérison se fit sans accident. Le patient revu le 12 décembre 74, se portait bien.

6. — (Kocher. *Ueber Radialheilung des Krebses*, 1880, t. XII, p. 149). — En juillet 1875 on fait l'ablation d'une petite tumeur cancéreuse de la pointe de la langue. Le malade mourut un an plus tard de pneumonie, sans aucune trace de récidive.

7. — (Kocher. *Ueber Radicalheilung des Krebses*. *Deutsche Zeitschr. f. chirurg.*, 1880, t. XIII, p. 149). — H., 64 ans. L'affection date de 3 mois. Sur le bord droit de la langue, à égale distance entre la pointe et le pilier antérieur du voile du palais, se trouve une tumeur de 2 centimètres de diamètre. Opération le 17 janvier 1879. Incision en arc, le long du bord inférieur de la mâchoire ; ouverture de la loge sous-maxillaire, ablation de la glande et des ganglions lymphatiques qu'elle contient. Ligature de l'artère linguale. Excision de la tumeur avec des ciseaux ; il s'écoula suffisamment de sang. On fit de nombreux lavages de la bouche. La plaie qu'on avait suturée, se réunit par première intention. Le 25 janvier on enlève les drains. Le patient s'en alla le 10 février.

On revoit le patient le 1^{er} mars 1880 ; il se porte bien ; on ne constate aucune trace de récidive dans la langue, ni dans les ganglions.

8. — (Kocher. *Ueber Radicalheilung des Krebses*. *Deutschr Zeitschrift. f. chirurg.*, 1880, t. XIII, p. 150). — Le 6 juin 1873, ablation d'un cancer de la langue avec le galvano-cautère. On introduisit l'anse de platine par une incision latérale de la région sus-hyoïdienne, faite à égale distance de la symphyse et de l'angle de la mâchoire. Le 9^e jour, il se produisit une hémorrhagie considérable qui affaiblit beaucoup le malade.

En février 1880, le patient était encore exempt de récidive.

9. — (Michel. *Mémoires de l'Acad. de médecine*, t. 27, 1857, p. 363). — Tumeur ulcérée du frein de la langue, avec ganglions sous-maxillaires et carotidiens gauches. Opération le 15 août 1856, par la voie sus-hyoïdienne latérale. Ablation des ganglions cancéreux et de la tumeur du frein, y compris la glande sublinguale.

Pas d'hémorrhagie. Guérison le 10^e jour. Cinq semaines après, la tumeur avait déjà repris son volume primitif, puis elle envahit rapidement le maxillaire inférieur.

10³. — (Michel. *Revue méd. de l'Est.*, t. I, 1874, p. 313). — 3 cas de cancer de la langue. Extirpation par le procédé de Michel. Succès opératoire. Récidive mortelle au bout de 6 mois à 2 ans. Un des opérés avait subi une première extirpation du tiers antérieur de la langue, faite par Demarquay deux ans auparavant.

11. — (Michel, *in thèse Krantz*. Nancy, 1882). — Epithélioma de la langue. Engorgement des ganglions sous-maxillaires à droite. Ablation totale des parties malades. Tubes à drainage ; injections intra-buccales fréquentes. Le malade succomba en quelques jours à une intoxication aigüe.

12. — (Terrillon. *Société de chirurg.*, 8 décembre 1880). — H., 49 ans. Début apparent il y a 9 mois. Tumeur de 4 centimètres de long, sur 2 centimètres de large, et occupant exactement le bord de la langue, à 1 centimètre et demi de la pointe. Légère ulcération. L'induration n'est pas bien limitée. Pas de ganglions sus-hyoïdiens. Opération au thermocautère.

Récidive au bout de 5 mois. La langue est indurée dans les trois quarts de son épaisseur, et le bord droit dans une étendue de 1 centimètre environ, ainsi que la pointe, sont seuls indemnes. Le plancher buccal est peu atteint. Pas de ganglions apparents. Opération par la méthode sus-hyoïdienne latérale. Ablation avec la chaîne d'écraseur ; hémorrhagie, ligature dans la plaie. Guérison opératoire.

13. — (Terrillon. *Société de chirurgie*, 8 décembre 1880). — H., 43 ans. Apparition, il y a 10 mois, d'une ulcération douloureuse, qui resta stationnaire pendant 4 ou 5 mois. Actuellement, on constate une ulcération à base indurée occupant toute la moitié gauche de la langue, excepté la pointe, et occupant aussi la partie postérieure de la moitié latérale droite. Le plancher buccal est légèrement envahi à gauche. Le pilier antérieur est intact ; pas de ganglions appréciables. Ablation totale de la portion horizontale de la langue, et du côté gauche du plancher buccal, par l'incision sus-hyoïdienne latérale. Ablation avec l'écraseur, après ligature préalable de la linguale gauche. Pas d'hémorrhagie. Guérison opératoire.

14. — (Verneuil. *Société de chirurgie*, 7 mai 1884). — H., 62 ans. Epithélioma du voile du palais compliqué d'adénopathie sous-maxillaire ; la plaque épithéliale occupe non-seulement le voile, mais aussi le pilier, les parties de la langue et de la joue du côté correspondant. Douleurs très-vives. Le malade atteint de diabète, est mis au régime pendant un certain temps. Verneuil l'opère, quand il n'y a plus de traces de sucre dans les urines. Il pratique l'opération préliminaire de Maunoury ; enlève les parties malades au thermocau-

tère, et les ganglions sous-maxillaires avec le bistouri. Deux heures après l'opération, hémorrhagie secondaire précoce, comme on en observe souvent dans la dyscrasie glycosurique. Le 17 mars, deux jours après l'opération, température 38°,6, pouls 100. La congestion pulmonaire se prononce, pneumonie à droite. A deux heures du matin, température 40°,5, délire, coma, agonie, mort 75 heures après l'opération. Le foyer opératoire est aussi sain que possible ; les accidents n'en partent certainement pas. L'analyse des urines, après l'opération, a révélé seulement quelques traces de sucre.

15. — (C. Weill. *Prager Medic. Wochenschrift*, t. VII, 1882, p. 193). — H., 43 ans. La tumeur aurait débuté, il y a 9 mois, et aurait grossi assez rapidement. Actuellement, le cancer occupe toute la moitié droite de la langue. La moitié postérieure gauche est aussi envahie. L'infiltration empiète sur le pilier antérieur droit du voile du palais. Induration des ganglions sous-maxillaires gauches. Incision sus-hyoïdienne latérale ; ablation de la tumeur avec l'anse galvanique ; excision avec les ciseaux des parties malades des piliers du voile.

On enlève aussi les ganglions sous-maxillaires. Tout va bien pendant 8 jours ; le 4^e jour, l'eschare se détache, et dans la nuit du 5^e jour, 10 août 1877, il se produit une forte hémorrhagie. Le sang boucha les bronches et le malade mourut d'asphyxie.

16. — (C. Weill. *Prager Medic. Wochenschrift*, t. VII, 1882, p. 184). — F., 35 ans. Début apparent de la tumeur, il y a 4 mois. Infiltration cancéreuse occupant le bord gauche de la langue et s'étendant un peu sur la voûte palatine antérieure et le plancher de la bouche. Ganglions sous-maxillaires à gauche. Opération le 26 juillet. Incision parallèle au bord inférieur de la branche horizontale du maxillaire gauche ; on lia la faciale et quelques autres artères. On décolla alors le périoste de la face interne du maxillaire, et on sectionna la muqueuse du plancher de la bouche. On pédiculisa la tumeur avec des épingles et on sectionna lentement avec l'anse galvanique. On excisa avec des ciseaux courbes les parties malades des piliers, puis on cautérisa au fer rouge. On enleva les ganglions engorgés. Lotions chaque demi-heure, avec une solution de chlorure de potassium.

Hémorrhagie forte pendant la nuit ; on l'arrête avec du perchlorure de fer. Elle se reproduit le matin.

Le soir, nouvelle hémorrhagie, qu'on arrête avec le fer rouge. Mort le 30 juillet.

L'autopsie montra un cœur dégénère et le lobe inférieur du poumon gauche atélectasié.

c) — FORMATION DE LAMBEAUX.

1. — (Eug. Bœckel. *Gaz. méd. de Strasbourg*, 1880, n° 7, p. 78). — II., 60 ans. Début il y a 3 mois par une ulcération à la base du frein. Sur le plancher de la bouche, sur la pointe de la langue, on constate une ulcération de 3 à 4 cent., à bords très durs, s'étendant jusqu'aux gencives et au maxillaire inférieur. L'induration occupe le plancher de la bouche jusqu'aux petites molaires de chaque côté; elle envahit de plus, toute l'épaisseur de la pointe de la langue. Sous la branche horizontale gauche du maxillaire, on trouve un ganglion induré.

10 février 1880. — Extirpation par le procédé de Billroth. Anesthésie. Incision en fer à cheval longeant le bord inférieur du maxillaire inférieur, et allant à peu près d'une artère faciale à l'autre. Extirpation du ganglion malade; division des muscles, pénétration dans la bouche, en détachant circulairement la muqueuse de ses insertions au maxillaire. On tire la langue par la plaie avec une pince de Museux, et on fait une section en V derrière les parties indurées à 4 cent. de la pointe. Ce morceau de langue est ensuite extirpé, ainsi que les deux glandes sublinguales et les tissus suspects du plancher de la bouche.

On saisit facilement les artères avec des pinces hémostatiques, au fur à mesure qu'on les divise. Le sang coule au dehors sur le cou, ce qui permet de continuer l'anesthésie jusqu'à la fin de l'opération. — On fait huit ligatures au catgut. On réunit les deux moitiés du V lingual par quelques sutures au catgut; puis on traverse la base de la ligne de réunion par un fort fil de soie, qu'on noue autour du maxillaire, pour empêcher la chute de la langue en arrière. Suture entortillée de la plaie cutanée.

Bientôt après, commence un léger suintement sanguin dans la bouche, qui va en augmentant, malgré les bourdonnets d'eau de Pagliari qu'on applique. L'hémorrhagie est manifestement artérielle; le malade s'affaiblit. Bœckel, appelé dans l'après-midi, se décide à rouvrir toute la plaie et à tirer de nouveau la langue au dehors. Il trouve comme source de l'hémorrhagie une petite artère musculaire qui s'était cachée au moment de l'opération. Après l'avoir liée, le sang s'arrête complètement et l'on refait les sutures comme le matin.

Le malade est assez faible. Injection d'éther. Lavement nutritif. Compresses glacées autour du cou.

11 février. — L'hémorrhagie n'a pas reparu. On nourrit le malade en introduisant dans la partie supérieure de l'œsophage une sonde qu'il apprend bientôt à manœuvrer lui-même. Injections phéniquées dans la bouche. Gar-garismes salicyliques à l'eau de menthe.

13 février. — On enlève les sutures cutanées et le fil de soie qui maintient la langue. La température ne dépasse pas 38°,5.

Depuis ce moment jusqu'au 20 mars, la cicatrice le long du maxillaire, devient à plusieurs reprises le siège de petits phlegmons qui s'ouvrent et laissent à leur suite une fistulette pendant quelques jours.

A la fin de mars, la guérison est solide et définitive. En inspectant la bouche, on ne se douterait pas que la moitié de la langue a été enlevée.

On revit le malade dans les premiers jours de janvier, et on put constater la persistance de la guérison à cette date, plus de 4 mois après l'opération.

2. — (Bruns, in *Buchka, Inaugural, Dissert.*, n° 14). — F., 48 ans. Fait remonter à 9 mois le début de son mal. Cancer de la moitié droite de la langue, empiétant légèrement sur la moitié gauche. L'induration ne peut pas être circonscrite avec le doigt en arrière, elle laisse intacts à peu près 3 cent. de la partie antérieure de la langue ; elle en occupe toute la profondeur. On trouve un ganglion sous-maxillaire induré à droite, ainsi qu'un ganglion carotidien. Opération le 29 novembre, par un procédé à un seul lambeau médian ; la langue, tirée hors de la bouche par cette ouverture, est sectionnée avec l'anse galvanique à 1 ou 2 cent. en avant de l'épiglotte. La section dura 5 minutes. La surface de section resta complètement sèche, exempte de tout suintement sanguin ; elle est recouverte d'une forte eschare. On enlève les ganglions ; puis on fait une incision sur la ligne médiane de la région sus-hyoïdienne, pour passer un drain. — Le soir, on fit avaler au malade du bouillon et du vin, en se servant de la sonde œsophagienne. Les jours suivants, on lui passa la sonde le matin, à midi, et le soir.

1^{er} décembre. — La bouche sent mauvais, des mucosités mélangées de pus s'écoulent par la région sus-hyoïdienne ; on place un gros drain dans l'ouverture et on fait de fréquents lavages de la cavité buccale avec des solutions désinfectantes. Le 5^e jour, on enlève les sutures de la plaie sus-hyoïdienne ; la réunion s'est faite par première intention.

5 décembre. — L'eschare s'est détachée en partie.

7 décembre. — On ouvre un abcès sur le côté gauche du cou, vers le milieu de la région sus-claviculaire. En explorant sa cavité, on pénètre jusque dans le plancher de la bouche. On y met un drain.

12 décembre. — Abcès du côté droit du cou, qu'on ouvre aussi.

16 décembre. — Le malade boit avec une tasse à bec et n'a plus besoin de la sonde œsophagienne.

Le 20 décembre, on enlève le drain du plancher buccal. Les abcès qui s'étaient formés au cou se rétrécissent.

Le 15 janvier 1877, le malade sort complètement guéri.

3. — (Duplaix. *Bull de la société. anat.*, 5 mars 1880). — H., 66 ans.

Langue volumineuse, adhérente au plancher de la bouche, débordant en avant les arcades dentaires. L'induration s'étend assez loin en arrière, plus à droite qu'à gauche. Pas de ganglions. L'état général n'est pas trop mauvais. Urines normales. Trélat fait l'amputation de la langue, après s'être créée une voie préliminaire par le procédé sus-hyoïdien à lambeau médian. Excision des $\frac{2}{3}$ antérieurs de la langue avec l'écraseur linéaire. Le malade avait été anesthésié au moyen du chloral uni à la morphine ; chloral 7 grammes, sirop de morphine, 30 grammes. Le soir même de l'opération, le malade succombait, sans être revenu à lui et sans avoir eu d'hémorrhagies. A l'autopsie on ne trouve aucune lésion capable d'expliquer la mort.

4. — Erichsen. *Britisch medical journal*, 27 nov. 1869.) — H., 53 ans. Le début du cancer paraît remonter à 3 mois. Les $\frac{2}{3}$ antérieurs de la langue sont indurés. Opération le 6 octobre par le procédé de Regnoli ; on sectionne la langue avec l'écraseur, qu'on fait avancer d'un cran chaque minute d'abord, puis 3 par minute.

Hémorrhagie assez forte, par la linguale gauche ; on l'arrête facilement, en comprimant les tissus entre le pouce et l'index. On nourrit le malade avec des clystères. Dans l'après-midi, il se produit une faible hémorrhagie, arrêtée par l'application de glace.

Le 9 octobre, comme le patient ne pouvait pas avaler, et que l'administration d'un clystère chaque 4 heures ne le nourrissait pas suffisamment, on lui introduisit une sonde œsophagienne.

Dès le lendemain, on est forcé d'y renoncer, par suite des douleurs qu'elle provoque en passant. Par la plaie longitudinale sus-hyoïdienne qui ne s'est pas réunie, sortent de grandes eschares et beaucoup de pus.

13 octobre. — Douleurs dans la poitrine ; toux quinteuse.

Mort le 14 octobre. — Un peu d'inflammation de la plèvre droite. Abscès long de 1 pouce près du bord droit de la langue ; plusieurs abcès dans les poumons. Hépatisation grise.

5. — (Giamattei. *Revue medico-chirurg.* t. XII.) — F. 35 ans. Tumeur de la langue, développée 6 ans auparavant sur le bord droit ; elle s'étend actuellement au loin vers la base. Incision sus-hyoïdienne en T, de Regnoli. Fraction de la langue, incision au bistouri, ligature de la linguale. Ablation avec le bistouri boutonné, d'une partie du pilier antérieur du voile du palais. Il se produit une hémorrhagie qu'on arrête par l'application d'un bouton de fer. Suture des lambeaux ; réunion immédiate.

Guérison le 14^e jour.

6. — (Menzel. *Milan* 1874). — H., 65 ans. La tumeur date de 5 mois. Toute la base de la langue, derrière les piliers du voile du palais, est tuméfiée, dure et ulcérée, surtout à gauche ; de ce côté, les deux piliers, la muqueuse inter-

médiaire, et même une partie du voile sont dégénérés. Dans la région sous mentale, il y a un ganglion induré, mais mobile. Emphysème pulmonaire, catarrhe bronchique. Le foie est rapetissé ; le malade a eu autrefois des accès de fièvre intermittente.

Le 5 juin, on fait l'opération par la méthode de Regnoli, avec ligature des linguales. Après la section des piliers du voile du palais, toute la langue fut accessible jusqu'à l'épiglotte. On fit la section à coups de ciseaux au-devant de l'épiglotte, presque sans hémorrhagie. On enleva avec les ciseaux les deux piliers droits et gauches, la muqueuse intermédiaire et une partie du voile, puis on cautérisa au fer rouge les surfaces saignantes. Suture des parties molles, drainage.

La réaction fut légère. Le malade put se nourrir dès le premier jour, en s'introduisant lui-même la sonde œsophagienne. Enlèvement des sutures, le 5^e jour. Les ligatures des linguales tombèrent le 5^e et le 7^e jour.

Le 20^e jour, le malade se promenait. Subitement, la cicatrisation s'arrêta le 30 juin, et des parties réunies se séparèrent. Le catarrhe bronchique et la dyspnée augmentent. Diarrhée. Mort le 8 juillet, 32 jours après l'opération.

A l'autopsie, on constate de l'emphysème chronique et de l'œdème pulmonaire ; légère cirrhose du foie, de la rate ; catarrhe intestinal ; commencement de procès dyssentérique dans le gros intestin. Point de récidence cancéreuse.

7. — (Regnoli. *Gazette méd. de Paris* 1838). — Tumeur cancéreuse de la grosseur d'un œuf occupant le côté gauche de la langue. Incision sous-maxillaire en forme de T. On sectionne avec le bistouri les attaches des muscles à la mâchoire, puis la muqueuse derrière la symphyse. Puis avec un bistouri boutonné porté de droite à gauche, on détache les digastriques, les mylo-hyoïdien, et on coupe la muqueuse jusqu'au pilier du voile du palais. Ligature de 3 ou 4 artérioles. On tire la langue par la plaie avec une pince de Muzeux. On circonscrit la tumeur avec quelques fortes ligatures passées dans la substance de la langue pour éviter l'hémorrhagie, puis on fait l'amputation avec des ciseaux. Guérison.

8. — (Sampson Gamgel. *Lancet*. 1868, 15 novembre, p. 631). — H., 52 ans. La maladie remonte à deux ans. Tumeur excavée occupant les deux tiers antérieurs de la moitié gauche de la langue. Opération le 3 octobre, par le procédé à deux lambeaux sus-hyoïdiens de Regnoli. Section de la langue au devant des piliers du voile, par deux écraseurs opérant la constriction chacun sur une moitié.

Quoique la section fût faite lentement, il se produisit cependant une hémorrhagie abondante. On fit la compression des tissus entre le pouce introduit dans la bouche et les autres doigts placés dans la région sus-hyoïdienne.

Badigeonnage de la plaie avec du styptic — Colloid. Glace dans la bouche. On enveloppe le patient de flanelles et on lui pratique une injection d'alcool dans le rectum. 3 heures après l'opération, les accidents sont dissipés. On suture les lambeaux et on place un drain dans l'angle inférieur de l'incision verticale sus-hyoïdienne.

Le 4 octobre, il se produisit une forte hémorrhagie par la bouche ; on fit la compression de la carotide pendant 2 minutes, ce qui amena une syncope. Injection d'alcool ; la syncope se dissipe et l'hémorrhagie ne reparait plus. Le 10 octobre, il se produit des vomissements ; la faiblesse augmente le lendemain et le malade meurt le 12, — A l'autopsie on trouva des ganglions sous-maxillaires ; les parties molles du plancher de la bouche étaient infiltrées de pus.

3^e Voie maxillaire inférieure.

a). — RÉSECTION LINÉAIRE MÉDIANE.

1. — (Annandale. *British med. journal*, 26 juin 1875). — H., 35 ans. Le début de l'affection remonte à 9 mois. Cancer envahissant toute la moitié droite, et la partie antérieure de la moitié gauche.

Pas de ganglions. Le 2 novembre 1874, section médiane du maxillaire ; section antéro-postérieure de la langue, section des piliers antérieurs du voile du palais, ablation avec l'écraseur de chaque moitié de la langue séparément. Les deux artères linguales saignent un peu ; on les lie. On le nourrit pendant 12 jours avec la sonde œsophagienne, puis il mange seul. Le 22 décembre les deux moitiés du maxillaire sont réunies.

2. — (Barker. *Lancet* 1879, t. II., p. 235). — H., 58 ans. L'induration n'est pas bien limitée ; la langue paraît saine dans la plus grande partie de sa substance. Opération le 6 septembre 1876. Section médiane du maxillaire, écartement des deux branches. Section de la muqueuse au bistouri ; puis séparation avec le manche du scalpel du mylo-hyoïdien et du génio-glosse jusqu'à l'extrémité de la langue, les génio-hyoïdiens restant intacts. La langue fut alors tirée au dehors et coupée avec l'écraseur par deux sections l'une verticale, l'autre horizontale ; on enleva ainsi les deux tiers de l'organe.

Légère hémorrhagie : ligature d'un vaisseau, torsion d'un autre. Réunion par suture du maxillaire et des téguments. Drain dans l'angle inférieur de la plaie.

Le 13 septembre légère hémorrhagie la nuit, arrêtée par glace et ergot. Bronchite généralisée ayant débuté il y a un ou deux jours ; elle s'étend rapidement.

Le malade se cyanose. Mort le 15 septembre.

Autopsie. — Emphysème pulmonaire ; congestion des bases ; bronches remplies de pus fétide et sanieux.

3. — (Barker. *Lancet* 1875, t. 11, p. 269). — H., 49 ans. Trachéotomie préliminaire. Opération par la méthode de Symes, le 3 avril 1878. Chloroformisation. Canule de Trendelenbourg. Section médiane du maxillaire. On enlève la langue très près de l'os hyoïde, par deux sections transversales faites avec le couteau ; chaque artère linguale est liée séparément. Le jour suivant, les narines furent fermées avec du coton et la bouche avec une cravate bien appliquée. Tube en argent dans le plancher de la bouche, avec tube en caoutchouc se rendant dans un bassin. Respiration par la plaie trachéale pendant plusieurs jours, jusqu'à ce que le moignon de langue fut nettoyé. A la fin, on lui permit de respirer par le nez seul, la bouche restant bien fermée, et la plaie trachéale étant fermée aussi. Finalement, la cravate fut enlevée. Pendant tout ce temps, la bouche était fréquemment détergée ; les liquides de sécrétion étaient entraînés dehors par le tube. Guérison rapide.

4. — (Berkeley Hill. *Med. Times and Gaz.* 1867, 23 octobre). — F., 43 ans. Cancer datant de 4 mois, occupant le côté gauche de la langue, dépassant la ligne médiane ; la base du pilier gauche est envahie. Pas de ganglions. Le 25 août 1869, section médiane du maxillaire. Section de la langue, en 9 minutes 1½, avec l'écraseur. Pas d'hémorrhagie. On maintient le moignon de la langue en avant avec un fil fixé au menton. Cautérisation de la plaie avec du chlorure de zinc. Lavages fréquents de la bouche avec une solution phéniquée. Le malade mange seul et sans sonde.

Le 16^e jour de l'opération, la plaie était presque cicatrisée, lorsque la fièvre survint et le malade mourut 4 jours après. — Abscess multiples dans le poumon droit ; petit clapier purulent au voisinage de l'épiglotte.

5. — (Buchanan. *Edinburgh med. journ.* 1866, p. 724). — Cancer récidivé de la moitié latérale droite de la langue. Extirpation après section médiane du maxillaire. Guérison au bout de 4 semaines.

6. — (Buchanan. *Lancet* I, 1866, n° 16). — H., 43 ans. Il fait remonter son mal à deux ans. L'induration commence à 3¼ de pouce en arrière de la pointe de la langue et va jusqu'à l'épiglotte ; elle occupe le côté droit et dépasse un peu la ligne médiane. Induration légère des glandes sublinguales. Pas de ganglions. Opération le 11 décembre 1865. Section médiane du maxillaire. Traction de la langue ; incision de la muqueuse le long du bord alvéolaire de chaque côté. Section de la langue avec le bistouri, en avant de l'épiglotte ; ligature des deux linguales. Réunion des deux moitiés du maxillaire par la ligature des incisives combinée à la suture osseuse.

Le 16 décembre, le malade, qui jusqu'alors allait bien, eut un violent frisson qui dura 28 minutes. A partir de ce moment, il alla s'affaiblissant petit à petit et mourut le 28 décembre. A l'autopsie, on trouva du pus dans les bronches, et de petits abcès pulmonaires.

7. — (Demarquay. *Union médicale* 1858, p. 126). — F., 35 ans. Le début de l'affection paraît remonter à 5 ou 6 mois. On constate actuellement sur la face dorsale de la langue et sur son bord droit, vers la partie postérieure, un engorgement dur, qui occupe toute l'épaisseur de la langue, mais ne dépasse pas en dedans la ligne médiane. En arrière, le mal arrive jusque près de l'épiglotte; la muqueuse n'est pas ulcérée. Pas de ganglions sous-maxillaires.

Incision comprenant toute l'épaisseur de la lèvre inférieure et étendue de son bord libre jusqu'au niveau de l'os hyoïde; section du maxillaire inférieur avec la scie à chaîne. On écarte alors les deux moitiés du maxillaire, et on applique deux chaînes d'écraseur destinées à agir simultanément et à faire l'une une section vertico-transversale, l'autre une section horizontale. On serre d'un cran toutes les 30 secondes. Au premier moment, il ne s'écoula pas de sang; mais pendant que l'on examinait l'état des bords de la section, un jet de sang eut lieu par l'artère linguale, qui fut immédiatement liée avec la plus grande facilité. Ayant reconnu que l'amygdale et le pilier postérieur du voile étaient indurés, Demarquay les enleva aussi avec l'écraseur; on fut aussi obligé d'enlever des tissus malades adhérents à l'os hyoïde, dont la petite corne fut emportée dans ce dernier temps de l'opération. Aucun écoulement de sang ne se produisit. Rapprochement des deux moitiés du maxillaire, ligature des incisives; suture entortillée de la plaie cutanée. La consolidation du maxillaire tardant à se faire, on applique une gouttière en gutta-percha pour maintenir les fragments. Quand la malade quitta l'hôpital, la consolidation commençait à se faire.

8. — (Dudon. *Bull. de la Société de médecine et de chirurgie de Bordeaux*, 29 juillet 1881). — Ulcération assez étendue du bord gauche de la langue, ayant déjà envahi le sillon alvéolaire. Section médiane du maxillaire inférieur; ablation d'une partie de la langue avec l'écraseur. Le malade n'était pas chloroformé; l'hémorrhagie fut très minime. La réunion du maxillaire fut retardée par la nécrose d'une mince lame osseuse comprenant la surface de section. Dès que ces lames furent éliminées, la cicatrisation marcha rapidement.

L'opération a été faite il y a huit ans; aucune trace de récurrence n'est apparue jusqu'ici.

9. — (Fiddes. *Edinburgh med. journ.*, juin, 1859). — F., 35 ans. Opération par le procédé que Syme employa dans les cas (35, 38). Au bout de

deux mois, le maxillaire était consolidé ; cependant on dut encore enlever quelques esquilles. 12 mois plus tard, le malade mourait de récurrence,

10. — (Flaubert. *Société de chirurgie*, 1857, p. 213). — H., 70 ans. Cancer de la base de la langue. Ligature des artères linguales dans leur point de contact avec le ventre antérieur du muscle digastrique. Le lendemain, section médiane du maxillaire inférieur. Hémorrhagie peu abondante. Guérison apparente pendant six semaines, puis récurrence et mort.

11. — (Goyrand. *Gaz. des hôpitaux*, 1854, p. 375). — F., 52 ans. Début du cancer il y a un an. Tumeur allant du côté gauche jusqu'au delà du pilier antérieur du voile du palais. Le sillon linguo-maxillaire gauche est envahi. Pas de ganglions. Opération le 16 mars 1854. Section médiane du maxillaire inférieur ; on tire alors la langue avec une pince de Museux, et on la détache du plancher buccal d'avant en arrière jusqu'au delà de la tumeur, où on la tranche suivant une ligne un peu oblique de gauche à droite et d'arrière en avant. Après la section de la langue, plusieurs vaisseaux donnent du sang ; on en lie deux ; les autres ont cessé de couler d'eux-mêmes. Réunion du maxillaire et des parties molles au moyen de sutures ; drainage de la partie déclive de la plaie. Le 25, les fragments du maxillaire ne sont pas encore soudés. Les jours suivants, une tumeur phlegmoneuse se développe derrière la clavicule gauche. Le 1^{er} avril, l'état général devient déplorable, la fièvre persiste et la cachexie se prononce davantage. Mort le 6 avril, 21 jours après l'opération, d'infection purulente.

12. — (Guillier. *Th. Paris*, 1881, p. 74). — H., 41 ans. Début il y a deux ans, par une tumeur grosse comme une lentille, siégeant à gauche du frein de la langue sur le plancher de la bouche. Dernièrement il se produisit, à trois reprises, des hémorrhagies assez importantes. Actuellement toute la partie antérieure du plancher de la bouche, à droite du frein de la langue lui-même détruit, est occupée par une ulcération profonde, qui se trouve en contact avec la face postérieure du maxillaire inférieur, la fibro-muqueuse qui tapisse cette face paraît aussi intéressée. À gauche du frein, existe une saillie dure, due probablement à la glande sublinguale correspondante, envahie par l'épithélioma. La moitié droite de la langue est aussi augmentée de volume. La base de la langue et le voile du palais sont indemnes. Ganglion sous-maxillaire de la grosseur d'une amande, de chaque côté. Pas de ganglions carotidiens.

Verneuil fait le cathétérisme œsophagien préliminaire par la voie nasale.

Le 21 février, opération par les procédés de Regnoli et Roux combinés ; la section des tissus est faite au thermocautère. On suture le maxillaire et les parties molles ; on traverse le moignon de langue par un fil, et on le fixe en

avant. Drainage de la bouche. Pansement antiseptique. Sonde œsophagienne à demeure

Dans la nuit du 1^{er} au 2 mars, il se produisit une hémorrhagie assez notable, qui s'arrêta d'elle-même.

5 mars. — Va bien ; la sonde œsophagienne ne l'incommode pas.

13. — (Guillier, *thèse*, Paris 1831, p. 66). — Début de l'affection il y a sept mois. Depuis environ 1 mois tout le côté droit de la langue depuis la pointe jusqu'à la base, et la partie correspondante du plancher buccal sont envahis. La rainure bucco-linguale est occupée par une ulcération qui va jusqu'au contact de la gencive envahie également dans une certaine étendue. L'induration se continue sans ligne de démarcation sur la face inférieure et le bord de la langue. L'amygdale du côté correspondant est saillante et dure, sans être très volumineuse. Enfin dans la région sous-maxillaire on sent manifestement plusieurs ganglions dont un assez gros.

Le 8 décembre, Verneuil fait l'opération au thermocautère par le procédé sus-hyoïdien latéralisé ; il enlève la glande sous-maxillaire et les ganglions voisins, lie la faciale. On fait en plus la section médiane du maxillaire suivant la méthode de Roux, afin de pouvoir atteindre les points malades de la gencive. Avec le thermocautère on sépare la face interne du maxillaire du plancher buccal, enlevant les parties de gencive malades, une partie du pilier du voile, le bord libre du voile et l'amygdale. Section médiane antéro-postérieure de la langue avec l'écraseur. Il ne reste plus qu'à détacher la base de la langue, ce qu'on fait au thermocautère, après ligature en masse du point par où passe l'artère linguale. Suture du maxillaire et des parties molles. Drain allant de la bouche à la région sus-hyoïdienne. Pansement antiseptique. Gargarismes au chloral ; pulvérisations, etc... Alimentation au biberon. Pas de fièvre.

3 janvier. Légère nécrose superficielle de la face externe du maxillaire ; fistule sus-hyoïdienne.

1^{er} mars. Etat satisfaisant. Aucune menace de récurrence. Ce qui gêne le plus, c'est la difficulté de mastication due au défaut de consolidation du maxillaire. Le point nécrosé n'est pas encore éliminé, ce qui entretient la fistule signalée.

14. — (Heath. *Deutsch. Vierteljahreschr. f. Zahnheilk.*, t. II, 26, 1877). — H., 60 ans. Section médiane du maxillaire ; ablation de la langue avec l'écraseur. Réunion des deux moitiés du maxillaire par une suture métallique. Hémorrhagie par l'artère ranine. Au bout de quatre semaines, les fragments du maxillaire étaient encore mobiles. On immobilisa plus complètement les fragments avec une gouttière en gutta-percha placée sur les dents. Guérison.

15. — (Huguier. *Bull. gén. de therap.*, t. XXXIX, p. 180, 1850). — H., 55 ans. Le malade fait remonter l'affection à 5 mois. Tumeur occupant la moitié gauche de la langue, principalement la face inférieure; l'induration s'étend jusqu'à la base et empiète sur la muqueuse qui recouvre la face interne du maxillaire inférieur. Ganglion sus-hyoïdien médian. Opération le 30 mai 1850. Section médiane du maxillaire; ablation des parties malades avec les ciseaux; ligature des artères dans la plaie. Abscess sous-maxillaire dont on retira une petite portion d'os nécrosé sur laquelle on reconnaissait encore le trait de scie. — Le cancer récidiva non point dans la cicatrice, mais dans un ganglion qui par propagation ulcéra la carotide. La mort fut très prompte.

16. — (Huguier. *Société de chirurgie* 1857, p. 180). — Cancer épithélial de la langue. Section du maxillaire, ablation de la tumeur; extirpation d'un ganglion sous-maxillaire induré. Récidive ganglionnaire au bout de trois ans et demi.

17. — (Huguier. *Bull. de la société de chirurg.*, 1856-57, t. VII, p. 27). — Ablation d'un cancer épithélial étendu à toute une moitié de la langue, à une portion du voile du palais et à la gencive du côté correspondant. Section médiane du maxillaire. Après avoir passé des fils à la base de la langue pour se rendre maître de l'hémorrhagie, on divisa l'organe d'avant en arrière et on termina en excisant les parties malades, y compris la portion attaquée du voile du palais et de la muqueuse linguale. Le malade est complètement guéri. Toutes les parties molles sont bien souples et les deux moitiés du maxillaire sont réunies.

18. — (King. *Méd. Times and Gaz.*, p. 128, 1862). — F., 76 ans. Fait remonter à 9 mois le début de sa tumeur. Cancer occupant le côté droit de la langue depuis la pointe jusqu'à la base. Pas de ganglions. Opération le 18 mars. Section médiane du maxillaire. On libère la langue sur les côtés, on la tire avec une pince, puis on la sectionne tout près de l'os hyoïde. Ligature des deux linguales dans la plaie. On enlève l'amygdale gauche et une partie des tissus voisins qui étaient indurés. On arrête l'hémorrhagie en nappe avec des tampons de perchlorure de fer. Lavements alimentaires chaque deux heures, les deux premiers sont additionnés de quelques gouttes de landanum. Le 20 mars, la malade va mal; gros râles trachéo-bronchique; on ne parvient pas à relever ses forces et la mort arrive le 27 mars.

A l'autopsie on ne trouva aucune lésion bien marquée; congestion pulmonaire. Pas la moindre réunion entre les fragments du maxillaire.

19. — (Lee. *Lancet*, 10 mars 1871, p. 412). — H., 45 ans. Induration étendue de la moitié droite de la langue. Ganglion du côté droit. La tumeur date de cinq mois. Opération le 15 décembre 1870. Section médiane du maxil-

laire. On détache la langue du plancher buccal avec des ciseaux courbes ; on place une ligature élastique autour de la base, et on sectionne la langue en avant. Pas d'hémorrhagie. Suture métallique du maxillaire. On nourrit le patient avec la sonde œsophagienne. Deux mois après l'opération on constate une récidive qui avait marché rapidement dans les ganglions du cou.

20. — (Leigh, William. *Statistique de l'hôpital St.-Georges*, 1858). — Cancer de la langue. Section médiane du maxillaire. Ablation de toute la langue avec l'écraseur placé 1 pouce en avant de l'épiglotte. Guérison en 6 semaines.

21. — (Maisonneuve. *Gazette des hôpitaux*, 1852). — H., 58 ans. Début de l'affection remontant à deux ans. Cancer ulcéré occupant les 2/3 antérieurs de la langue. Opération le 18 octobre 1862 ; section médiane du maxillaire ; ablation de la langue avec des ciseaux courbes, après ligature préventive de chaque moitié. Suture des parties molles ; on laisse une ouverture à la partie déclive pour le passage des liquides.

22. — (Maisonneuve. *Lancet*, I, 1858, p. 129). — H., 44 ans. Opération le 28 juillet 1859, sans chloroforme. Section médiane du maxillaire. Section de la base de la langue en 20 minutes, avec une anse métallique placée en avant de l'épiglotte. On sépare la langue du plancher buccal par une section horizontale faite avec le même instrument. Pas d'hémorrhagie. Le 27^e jour, le maxillaire était consolidé et les plaies cicatrisées.

23. — (Maisonneuve. *Gaz. des hôpitaux*, 1854, p. 602). — H., 57 ans. Le malade fait remonter à 13 mois le début de la tumeur. Tumeur occupant la moitié latérale droite de la langue, et s'étendant vers la base. Opération le 7 décembre 1854, par le procédé de section médiane du maxillaire de Sédillot. D'un coup de ciseaux près de la ligne médiane, Maisonneuve cerna en dedans la tumeur, puis en acheva rapidement la dissection en dehors, liant successivement les artères qui donnaient du sang. Une ligature, passée autour de la base de la tumeur, permit d'en terminer d'un seul coup l'excision. On maintient rapprochées les deux moitiés du maxillaire en ligaturant les incisives voisines. Suture des parties molles ; drain à la partie déclive de la plaie.

24. — (Maisonneuve. *Académie des sciences*, 17 octobre 1853). — Cancroïde ulcéré datant de 1 an environ, ayant envahi toute la partie antérieure de la langue jusqu'au niveau des papilles caliciformes. Le 24 août 1858, Maisonneuve, après section médiane du maxillaire, excisa la langue presque transversalement au milieu des papilles caliciformes. La glande sublinguale fut, en outre, extirpée complètement ; puis, après la ligature des vaisseaux, les parties molles de la lèvre et du menton furent rapprochées au moyen de la suture entortillée. Cette grave opération fut couronnée du plus grand succès.

25. — (Nélaton. *Thèse Robert*, Paris 1856). — H., 58 ans. L'affection a débuté, il y a 4 mois. L'induration occupe toute la partie latérale droite de la langue, et se prolonge en arrière jusqu'à l'épiglotte. Opération le 26 novembre 1852, par le procédé de Roux. Après l'opération, on fixa les deux moitiés du maxillaire avec le petit appareil de Robert. Guérison.

26. — (Nélaton. *Thèse Robert*, Paris 1856). — H., 33 ans. L'affection remonte à 8 mois. La partie postérieure du bord latéral droit et la partie de ce bord qui vient répondre au pilier antérieur sont fortement envahies; l'induration dépasse la ligne médiane. Section médiane du maxillaire inférieur; incision de la langue de la partie droite vers la partie gauche, en liant les artères à mesure qu'elles étaient coupées. L'opéré allait très bien, lorsque 15 jours après l'opération, survint une violente inflammation de la glande parotide avec un mouvement fébrile très-prononcé et le malade succomba.

A l'autopsie, on trouva une légère nécrose de l'extrémité de l'os maxillaire, et la glande parotide infiltrée de pus.

27. — (Nélaton. *Gazette hebdomadaire*, 1854, p. 240). — H., 66 ans. Cancer s'étendant, d'une part, du bord gauche de la langue jusqu'à la ligne médiane, et d'autre part, jusqu'à l'union des 2^{es} postérieurs avec le 1^{er} antérieur; la tumeur occupe également le sillon linguo-maxillaire gauche, jusqu'au niveau des incisives. Section médiane du maxillaire inférieur. Du côté gauche de la langue, on détacha de la face interne du plancher buccal, et jusqu'au niveau de l'os maxillaire, les tissus morbides; puis, la langue ayant été attirée fortement au dehors par des pinces de Museux, on cerna avec des ciseaux courbes toute la portion altérée. Cette excision fut effectuée, en quelque sorte, couche par couche, et l'on arriva de cette manière à lier les artères linguales pendant le cours même de l'opération. Une portion de la partie droite de la langue fut conservée. — Dans l'après-midi, hémorrhagie abondante arrêtée par l'application de perchlorure de fer. Quelques jours après, la plaie faite aux téguments de la mâchoire inférieure fut réunie par plusieurs points de suture entortillée.

28. — (Nélaton. *Gaz. des hopitaux*, 1850, p. 470). — H., 50 ans. Tumeur ulcérée du bord latéral droit de la langue, datant de plusieurs années. Ablation. Guérison opératoire.

Récidive quelques mois plus tard. Roux pratique la ligature de l'artère linguale droite. La tumeur ne subissant aucune modification, Roux en fait l'excision. Guérison opératoire. — Six semaines après, nouvelle récurrence qui prend cette fois une extension rapide. Tumeur occupant tout le bord latéral droit de la langue, s'étendant en arrière jusqu'au niveau du pilier antérieur du voile du palais. Cette tumeur comprend toute l'épaisseur de la langue,

mais n'empiète pas sur le plancher. Transversalement, la tumeur, née de la partie droite de la langue, dépasse un peu la ligne médiane. Pas d'engorgement ganglionnaire.

Nélaton commença par faire la section médiane du maxillaire inférieur. La langue, saisie avec une pince de Mousseux, fut tirée en avant ; puis un bistouri circoncrivit toute la partie inférieure de l'organe en tranchant la muqueuse.

C'est avec des ciseaux que le chirurgien divisa la langue d'avant en arrière ; les artères linguales furent à leur tour divisées et liées sur le champ. L'incision a enlevé toutes les parties formant la base de la langue, jusque en avant de l'épiglotte. On rapproche les deux fragments du maxillaire et on les maintient réunis en ligaturant les incisives, suture des téguments. Le seizième jour le malade allait très bien.

29. — (Nottingham. *Med. Times and Gaz.*, 1863, t. I, p. 644). — H., 44 ans. Cancer de la moitié gauche de la langue, s'étendant assez loin en arrière. Le début de l'affection paraît remonter à deux ans. Section médiane du maxillaire. Section de la langue avec une chaîne d'écraseur placée en avant de l'épiglotte. Pas d'hémorrhagie. Suture métallique du maxillaire. Guérison.

30. — (Reide. *Lancet*, 1869, vol. II, p. 572). — Cancer de la moitié de la langue, dont le début remonte à trois mois. Pas de ganglions. Section médiane du maxillaire le 19 juin 1867 ; ablation de la langue avec l'écraseur. Pas d'hémorrhagie. Un mois après le maxillaire était consolidé. Le 23 février 1868 on constate une récidive dans les ganglions de la nuque. La bouche est saine. Mort 7 mois après.

31. — (Richet. *Bull. de la soc. de chirurg.*, 1860, 2^e série, t. I, p. 430). — H., 39 ans. Le malade fait remonter le début de son affection à huit ou dix mois. Le sillon linguo-maxillaire gauche est occupé par une tumeur oblongue, moulée sur la concavité du maxillaire d'une part, et de l'autre sur le bord externe de la langue. Cette tumeur qui se prolonge jusque vers le pilier antérieur du voile du palais en arrière, s'étend en avant au-dessous du frein de la langue, et s'avance un peu dans le sillon linguo-maxillaire droit. On sent quelques ganglions sous-maxillaires indurés.

Opération : 1^o incision sur la ligne médiane divisant la lèvre supérieure dans toute sa hauteur, et se prolongeant de 3 centimètres au-dessous du menton ;

2^o deuxième incision partant de l'extrémité hyoïdienne de la première et longeant le bord marginal du maxillaire à 1 centimètre plus en dedans de ce bord ;

3^o Section de l'os sur la ligne médiane à l'aide d'une scie d'os mobile ;

4^e Enfin séparation des attaches des muscles et des autres parties molles s'insérant à la branche gauche du maxillaire depuis la symphyse jusqu'au niveau de la dernière molaire.

La langue fut alors tirée en avant et la tumeur fut disséquée des tissus sains, en ayant soin de lier les vaisseaux au fur à mesure qu'on les divisait.

Il fallu ruginer la face interne du maxillaire en plusieurs endroits. — On réunit les deux portions du maxillaire à l'aide d'une suture métallique ; et les parties molles par des points de suture ordinaire. Un mois après, il ne resta plus qu'un trajet fistuleux dans la région sus-hyoïdienne, lequel ne tarda pas lui-même à se fermer.

Quant à la section de l'os, elle me parut n'avoir encore aucune tendance à la réunion ; les deux portions du maxillaire restaient mobiles ; enfin, il se présenta bientôt une portion d'os nécrosé que je pus extraire sans difficultés, c'était la lamelle osseuse touchée par le trait de scie. Richet tenta alors d'obtenir une immobilité complète en appliquant l'appareil en gutta-percha de Morel-Lavallée ; la mobilité persista, et aujourd'hui elle existe encore, et même assez prononcée pour gêner la matification.

32. — (Roux. *Journal des connaissances médico chirurg.*, 1836.) — F., 45 ans. Le début de la tumeur remonte à 2 ans. Cancer situé entre la langue et la branche droite de la mâchoire, s'étendant depuis 5 ou 6 lignes en arrière de la dernière molaire jusqu'à égale distance en arrière de la symphyse du menton. Section médiane de la mâchoire inférieure, le 4 mai 1836. Ablation de la tumeur au bistouri ; ligature de deux artères. Rapprochement des branches du maxillaire et ligature des incisives. Il se produit une nécrose superficielle de chaque partie des fragments contusionnée par la scie. Extraction des sequestres le 18 juin, La fistule sous-maxillaire, qui avait persisté jusqu'alors, se ferme.

Le malade sort le 4 juillet ; les deux fragments du maxillaire ne sont pas encore consolidés.

33. — (Sédillot. *Thèse Capmas*, Paris, 1866, p. 35.) — Cancer occupant toute la moitié gauche de la langue, jusqu'à l'épiglotte. Section médiane du maxillaire ; séparation des parties molles de la face interne de la moitié gauche de l'os jusqu'au voile du palais ; section de la langue sur la ligne médiane ; ablation de la partie malade, au bistouri. Ligature de la linguale dans la plaie. On maintient en contact les branches de la mâchoire par une petite lame d'or, appliquée et maintenue au-devant des arcades dentaires par un fil de soie. On fit la suture entortillée de la lèvre, et on laissa une mèche dans la plaie du cou, pour servir de drain.

34. — (Spence. *Lancet*, 30 janvier 1875.) — Extirpation d'une moitié de la langue, atteinte de cancer, après section préalable du maxillaire sur la ligne médiane. Guérison.

35. (Syme. *Lancet*, II, 7, 1858.) — H., 58 ans. Le début de l'affection remonte à 3 ans. La tumeur, située au côté droit de la langue, près de la pointe, fut traitée une première fois par la ligature. On la traita ensuite par des cautérisations.

Syme pratiqua l'amputation de la langue le 31 juillet 1858. Il n'y avait pas de ganglions. La tumeur avait envahi toute la langue. Section médiane du maxillaire. On sectionna les parties molles et la base de la langue, et on lia les artères dans la plaie ; le malade perdit peu de sang. Jusqu'au 2 août, le malade alla bien sous tous les rapports ; il mourut le 5.

36. — Syme. *Med. Times and Gaz.*, 1865, t. I, p. 563.) — F., 56 ans. Opérée le, 13 mai 1865, par le même procédé que le malade de l'observation (37).

Mort le 23 mai, de pneumonie ou de pyémie.

37. (Syme. *Lancet*, 1865, t. I, p. 115 ; 1866, t. I, p. 87.) — H., 52 ans. Le début de l'affection remonte à plusieurs années. La langue était indurée dans sa totalité, et le patient était menacé de mourir de faim. Opération le 29 décembre 1864, sans chloroforme, le malade étant assis sur une chaise. Section médiane du maxillaire. Le doigt, glissé sous la langue, servit de conducteur au bistouri, qui sectionna la muqueuse du plancher buccal et les insertions antérieures du génio-glosse. Faisant écarter les deux branches du maxillaire, et tirer la langue en avant, on fit, par la bouche, la ligature des deux artères linguales, après avoir sectionné la muqueuse et le muscle hyo-glosse. Ablation de la langue, avec le bistouri. Après avoir fait quelques ligatures artérielles, on sutura la plaie et on mit un drain à la partie postérieure. Le patient se nourrit avec du lait et de la soupe.

Il sortit de l'hôpital le 23 janvier, se portant très bien. — Le 25 décembre 1866, le malade allait bien et n'avait aucune récurrence.

38. — (Syme. *Lancet*, II, 24, 1857.) — H., 47 ans. Opération le 8 décembre 1857. Section du maxillaire sur la ligne médiane, ligature des deux artères linguales dans la plaie. Il n'y avait pas de ganglions. Le patient perdit très peu de sang. On le nourrit avec la sonde œsophagienne. Il alla bien jusqu'au 5^e jour ; à partir de ce moment, la respiration s'embarrassa, les forces diminuèrent, et il mourut deux jours après. Les poumons étaient farcis de petits abcès.

39. — (Tillaux, *in these Anger*, Paris 1872, p. 67.) — H., 64 ans. Début apparent il y a deux mois. Cancer de la langue et du plancher buccal du côté droit. Ganglion sous-maxillaire. Ablation de la tumeur au bistouri ; ligature

de la linguale dans la plaie. Le 6 décembre, érisipèle phlegmoneux du cou. Mort le 8 décembre.

40. — Tillaux, *these Capmas*, Paris 1866, p. 52.) — H., 68 ans. Début de la maladie, il y a 3 ans. Sur le côté gauche du plancher buccal est une saillie ovoïde, non ulcérée, n'intéressant pas la langue. Pas de ganglions. Section médiane du maxillaire, le 28 août 1865 ; le maxillaire était épaissi et éburné, ce qui rendit sa section difficile. Excision de la tumeur. Il se produisit des hémorrhagies assez abondantes qui s'arrêtèrent d'elles-mêmes. Réunion des deux moitiés du maxillaire par un fil métallique introduit dans deux petits canaux creusés sur la face externe de l'os, et à 1 centimètre au-dessous du bord alvéolaire.

Vers 2 heures après midi, une hémorrhagie considérable se déclare. Tillaux enlève les sutures et parvient à lier l'artère qui saignait, puis il refait le pansement comme la première fois. Le fil métallique amena un petit point de nécrose. Les fragments de la mâchoire restèrent longtemps mobiles, malgré la suture et le bandage qui soutenait le menton.

La consolidation de l'os fut complète vers le sixième mois. La consolidation du maxillaire ne fut pas très régulière, la branche gauche dépasse en avant, de 2 millimètres environ, la branche droite de cet os. Dix mois après l'opération, il n'y avait pas de récidive.

41. — (Tillaux, *in these Anger*, Paris 1872, p. 100.) — H., 47 ans. Début apparent de la maladie, il y a 3 mois. Sur le bord gauche de la langue, au niveau de la partie descendante, on sent un noyau dur et allongé qui s'étend jusqu'à l'épiglotte, et semble, en dedans, ne pas atteindre la ligne médiane. Ganglion lymphatique induré derrière l'angle de la mâchoire.

Le 21 février 1872, ablation de la tumeur au bistouri, après ligature préalable de la carotide externe, et section médiane du maxillaire inférieur. Excision du ganglion induré. Le 24 février, frisson qui dure au moins 5 minutes. Le 26, il y a une légère hémorrhagie. Facies très abattu. Les deux fragments du maxillaire, mobiles l'un sur l'autre, malgré le chevestre double, produisent des frottements douloureux. Mort le 28.

42. — (Weiss. *Mélanges de clinique chirurg.*, Paris, 1883, p. 80). — H., 45 ans. L'affection remonte à 6 mois. Dans le sillon gingivo-lingual se trouve une tumeur ulcérée occupant tout l'espace compris entre la deuxième molaire gauche et la deuxième incisive droite. La tumeur paraît être adhérente au maxillaire ; la partie latérale gauche de la langue est indurée. Pas de ganglions appréciables. — Incision latérale sus-hyoïdienne ; ablation de la glande sous-maxillaire et des ganglions. Ligature de la faciale et de la linguale. — Section verticale médiane de la lèvre inférieure ; section en V du maxillaire.

La glande sublinguale gauche, les $\frac{3}{4}$ de la portion horizontale de la langue avec l'insertion des deux muscles génio-glosses, toutes les parties voisines du plancher buccal, en rasant l'os, furent enlevées avec le thermocautère. Ligature dans la plaie de la linguale droite et de deux autres petites artères. Suture du maxillaire avec un fil d'argent. On traverse le moignon de la langue avec un fil qu'on fixe aux dents en avant. On réunit par la suture les incisions cutanées, sauf la partie postérieure de l'incision horizontale qui sert au drainage. Pansement à l'iodoforme.

Les eschares commencent à se détacher le 5^e jour.

Le 14^e jour, la cicatrisation est presque complétée: le maxillaire paraît consolidé. Le malade quitte l'hôpital. Récidive 14 mois plus tard; mort rapide.

b). — SECTION LATÉRALE

1. — (Kocher. *Ueber Radicalheilung des Krebses. Deuts. Zeitsch. f. Chirurg.*, 1880, t. XIII, p. 139). — H., 53 ans. Cancer ulcéré du bord gauche de la langue. L'ulcération et l'induration s'étendent jusqu'à l'amygdale, la partie postérieure du rebord alvéolaire et la luette. Opération le 5 juillet 1876 avec le galvano-cautère et le bistouri, après avoir pratiqué l'opération préliminaire de Kocher. Trachéotomie; tamponnement de la trachée avec la canule de Trendelenbourg. Pour se donner plus de jour, on fit la section latérale du maxillaire, au bord antérieur du masséter. — On laisse la plaie ouverte. La canule de Trendelenbourg resta 5 jours en place; on enleva la canule ordinaire le 13^e jour. On employa la sonde œsophagienne pendant 1 mois. Au bout de 6 semaines, le patient s'en va. Il y avait un petit point de nécrose du maxillaire qui entretenait une fistule. Le 26 octobre, on constate une pseudarthrose du maxillaire; le fragment postérieur est presque ankylosé. Le 17 janvier 1877, on enlève des ganglions. Pas de récurrence en février 1880.

2. — (*Langenbeck's Archiv.*, t. XXVII, p. 164). — F., 42 ans. Psoriasis lingual depuis 9 mois. Cancer du bord droit de la langue, empiétant sur le plancher buccal, et le pilier antérieur du voile du palais. Le 31 janvier 1876, on enlève la moitié droite de la langue et une partie de la moitié gauche; on fait la section en avant de l'épiglotte. On enlève le pilier droit du voile, la moitié droite du plancher buccal et quelques ganglions. Guérison le 24 février 1876.

3. — (*Langenbeck. Archiv. Langenbeck*, t. XXVII, p. 164). — H., 59 ans. Début de l'affection au mois de juillet 1874. La tumeur occupe toute la moitié droite de la langue et s'étend jusqu'au voile du palais. Les ganglions du cou sont engorgés à droite. Le 18 février 1875, amputation de toute la moitié

droite de la langue jusqu'à l'épiglotte ; on enlève également le plancher de la bouche, les piliers du voile du palais, les glandes sous-maxillaires et les ganglions, après section latérale du maxillaire. Guérison le 27 mai 1875. Le 3 avril 1875, on enlève des ganglions cervicaux atteints de récurrence. Plus tard, le cancer envahit toute la moitié droite du cou.

4. — (*Langenbeck's Archiv*, t. XXVII, p. 164). — H., 44 ans. L'affection remonte à l'automne 1874. Tumeur ulcérée occupant le plancher de la bouche et la moitié gauche de la langue jusqu'au niveau de la quatrième molaire. Ganglions sous-maxillaires à gauche. Extirpation de toute la largeur de la langue à deux centimètres et demi en avant de l'épiglotte, le 13 avril 1875 ; on enlève aussi tout le plancher de la bouche et le ventre antérieur du digastrique. Guérison le 11 mai 1875. Le 20 octobre 1875, on enlève un noyau de récurrence dans le plancher buccal. Pas de nouvelle récurrence, en juillet 1876.

5. — (*Langenbeck's Archiv*, t. XXVII, p. 164). — H., 55 ans. Cancer de la moitié gauche de la langue, s'étendant jusqu'au voile du palais. Noyaux indurés dans le plancher de la bouche.

Le 16 juin 1875, extirpation de la moitié antérieure droite de la langue, et de toute la moitié gauche jusqu'à l'épiglotte. Ablation du pilier gauche du voile du palais. On nourrit le malade pendant 14 jours avec la sonde. Mort le 2 août 1875, de pneumonie. — Petits séquestres entre les deux fragments du maxillaire non réunis.

6. — (*Langenbeck's Archiv*, t. XXVII, p. 164). — H., 47 ans. Ulcération du bord gauche de la langue, il y a 15 ans. La tumeur s'étend actuellement jusqu'au niveau de la seconde grosse molaire, et occupe toute l'épaisseur de la moitié gauche de la langue. Ganglions engorgés des deux côtés du cou.

Le 1^{er} mars 1875, amputation de la moitié gauche de la langue ; extirpation des ganglions envahis et d'une partie du plancher de la bouche. Guérison le 29 avril 1875. Récurrence dans le moignon de la langue au bout de quelques semaines.

7. — (*Langenbeck's Archiv*, t. XXVII, p. 165). — F., 38 ans. Induration de la moitié droite du plancher buccal, allant jusqu'au pilier du voile. Gonflement de la région sous-maxillaire.

Le 29 mai 1875, extirpation du plancher de la bouche, et du pilier antérieur du voile. Guérison le 3 juillet 1875. Consolidation des fragments du maxillaire, après expulsion de quelques séquestres. Pas de récurrence en mars 1876.

8. — (*Langenbeck's Archiv*, t. XXVII, p. 166). — H., 66 ans. Le début de l'affection remonte à 1874. Tumeur occupant la partie droite du plancher de la bouche, au niveau des dents molaires. Pas de ganglions.

Le 12 mai 1876, extirpation de la tumeur et d'un morceau de la partie

postérieure de la langue. On avait lié la linguale et la faciale avant de faire la section du maxillaire. On enleva de petits ganglions sous-maxillaires. — Sonde œsophagienne. — Mort par pneumonie, le 22 mai 1876.

9. — (*Langenbeck's Arch.*, t. XXVII, p. 166). — H., 59 ans. Noyau cancéreux occupant le frein de la langue, enlevé en 1876. Récidive au bout de 4 semaines. Cancer du plancher de la bouche, ayant envahi la langue et la gencive, jusqu'au niveau de la deuxième grosse molaire. Gonflement des glandes sublinguales et sous-maxillaires.

Le 16 janvier 1877, extirpation du plancher de la bouche et de la partie postérieure de langue.

Le 17, hémorrhagie considérable, arrêtée par des injections d'eau froide. Sonde œsophagienne; lavages fréquents de la bouche. Fièvre élevée; gonflement phlegmonneux du cou. Mort le 20.

Infiltration purulente du médiastin antérieur; infiltration purulente dans la gaine des gros vaisseaux du cou.

10. — (*Langenbeck's Arch.*, t. XXVII, p. 166). — H., 57 ans. Cancer ulcéré occupant la moitié gauche de la langue et la partie correspondante du plancher buccal, jusqu'au niveau du pilier antérieur du voile.

Le 14 mars, extirpation de toute la langue, et de la glande sous-maxillaire gauche. Sonde œsophagienne jusqu'au 7^e avril. On enlève ultérieurement un petit ganglion sous-maxillaire. Les fragments du maxillaire ne sont pas encore réunis.

11. — (*Langenbeck's Archiv.*, t. XXVII, p. 166). — H., 51 ans. Début en septembre 1876. Cancer ulcéré de la moitié gauche de la langue, s'étendant jusqu'aux papilles caliciformes, et dépassant la ligne médiane. Infiltration du plancher buccal et de la glande sous-maxillaires du côté correspondant. Le 21 avril 1877 extirpation de la plus grande partie de la langue, de l'amygdale et des piliers du voile du palais du côté gauche. On enlève aussi le plancher buccal et la glande sous-maxillaire. La perte de sang fut légère, parce qu'on avait lié les deux linguales et la faciale gauche. Sonde œsophagienne. La température resta pendant 3 jours à 39 degrés. Guérison le 18 mai. Au printemps de 1878 il n'y avait pas de récurrence.

12. — (*Langenbeck's Archiv.*, t. XXVII, p. 166). — H., 64 ans. Le début de l'affection remonte à 6 mois. Cancer de la moitié droite de la langue, empiétant sur le plancher buccal et la gencive.

Ganglions sous-maxillaires à droite. Le 26 mars 1877 amputation de toute la langue au niveau des papilles caliciformes. Extirpation de la glande sous-maxillaire. On coupa les vaisseaux entre les deux ligatures, et il y eut très peu de sang. Mort le 1^{er} avril 1877 avec une température de 39°. — Cœur gras; œdème et emphysème pulmonaire.

13. — (*Langenbeck's Archiv.*, t. XXVII, p. 168). — H., 48 ans. Induration de la moitié droite de la langue et du plancher buccal correspondant, ayant débuté en février 1877. Ganglions sous-maxillaires à droite. Le 25 juillet 1877 on extirpe toute la moitié droite de la langue, le plancher buccal et la glande sous-maxillaire. Hémorrhagie légère. Sonde œsophagienne. Le 10^e jour, frissons et fièvre. Mort par pneumonie le 4 août.

14. — (*Langenbeck's., Archiv.*, t. XXVII, p. 168). — H., 51 ans. Cancer ayant débuté il y a 7 ans et occupant le bord droit de la langue, près de la pointe. Ablation par la bouche, avec l'écraseur, en juin 1877.

Récidive au bout de 1 semaine. L'induration occupe la moitié droite de la langue, va en arrière jusqu'à 2 centimètres en avant de l'épiglotte et dépasse la ligne médiane en dedans ; la gencive de la face interne de la mâchoire est envahie. Ganglions sous-maxillaires.

Le 5 janvier 1880, extirpation de toute la langue jusqu'à l'épiglotte, de l'amygdale droite, des piliers du voile, du plancher buccal, de la glande sous-maxillaire et des ganglions qui l'entourent. Ligature de la linguale, de la faciale et de la palatine ascendante. Hémorrhagie légère. Sonde œsophagienne. Injections phéniquées dans la bouche. Le 3^e jour, la température monte à 39° ; elle redescend aussi vite.

Le 28 janvier, le maxillaire n'était pas encore consolidé.

En décembre 1880, infiltration étendue des ganglions du cou. Mort au printemps de 1881.

15. — (Rizzoli, *premier mémoire*, Bologne, 1854 ; et *thèse Capmas*, Paris. 1866, p. 49.) — H., 63 ans. L'affection date de 3 ou 4 mois. La tumeur se développa rapidement, devint très douloureuse, et enfin toute la partie gauche de la langue se transforma en un vaste ulcère ; il n'y avait aucun doute que la glande sublinguale et les génio-glosses ne fussent en grande partie détruits. La glande sublinguale droite était indurée. La portion droite de la langue était saine. Opération le 19 novembre 1853. Section du maxillaire au niveau de la canine gauche ; incision de la muqueuse et des muscles génio-glosses à droite et à gauche. Ligature avec du fil ordinaire de chacune des moitiés de la base séparément. On dissèque et on enlève autant de parties malades qu'on peut ; la ligature devant amener la gangrène du reste. Rapprochement des deux fragments du maxillaire, et suture entortillée de la plaie cutanée. Guérison.

16. — (C. Weil. *Prager Medic. Wochensch.*, t. VII, 1882, p. 193.) — H., 51 ans. Le début de l'affection remonte à 4 mois. Tumeur cancéreuse située sur le côté droit de langue, s'étendant en arrière jusqu'à la base, en avant jusqu'à un pouce de la pointe, et dépassant un peu la ligne médiane. Gan-

glions sous-maxillaires. Lavage et désinfection préalable de la bouche, pendant 8 jours. Opération le 26 juin 1878. Ligature des deux artères linguales. On fait l'extirpation de la tumeur par la méthode de V. Langenbeck, avec section latérale du maxillaire inférieur; puis, section de la langue, avec des ciseaux courbes.

Hémorrhagie faible. Réunion des fragments osseux, par la suture. Lavage fréquent de la bouche avec une solution boratée. Guérison au bout de cinq semaines; consolidation parfaite du maxillaire.

En octobre 1878, pas de récurrence locale; récurrence dans les ganglions du côté gauche du cou.

Mort quelque temps après. A l'autopsie, on vit que les fragments du maxillaire étaient réunis par un tissu fibreux très dense; pas de consolidation osseuse.

17. — (Wœlfli. *Arch. Langenbeck's*, XXVI, p. 348.) — H., 47 ans. Douleurs dans la moitié droite de la langue, depuis 1 an 1/2. Psoriasis lingual. Tumeur cancéreuse occupant la moitié droite de la langue, le plancher buccal, et adhérent au maxillaire. Pas de ganglions appréciables. Le 9 janvier 1878, résection du maxillaire, d'après la méthode de Langenbeck. Ablation de toute la langue jusqu'à l'os hyoïde, et du plancher de la bouche; excision des piliers droits du voile. Ligature des deux artères linguales. Drainage, Nécrose des parties touchées par la scie. Le fragment inférieur est abaissé. Pseudarthrose. Guérison le 15 février 1878.

18. — (Wœlfli. *Arch. Langenbeck's*, t. XXVI, p. 348.) — H., 48 ans. Tumeur ayant débuté il y a 10 semaines, sur la moitié droite de la langue. Actuellement, le cancer occupe toute la moitié droite et empiète sur le plancher de la bouche. Le 24 mai 1877, résection du maxillaire d'après la méthode de Langenbeck. Ligature de l'artère linguale droite; excision de la moitié droite de la langue; résection de la grande corne de l'os hyoïde, et ablation de plusieurs ganglions. Drainage; cautérisation au permanganate. Il se forma de nouveaux abcès à l'endroit où avait porté la section osseuse. Guérison le 13 juillet 1877.

Les deux fragments du maxillaire, maintenus par une suture métallique, ne se sont pas réunis; ils sont déplacés et gênent la mastication.

c). — RÉSECTIONS TEMPORAIRES

1. — (Bœckel, *in Capmas, thèse de Paris*, 1866). — H., 62 ans. La moitié antérieure de la langue est transformée en une tumeur dure, nettement limitée en arrière. Pas de ganglions, mais la partie antérieure de la glande sous-maxillaire droite paraît indurée. Résection temporaire de la partie médiane

de la mâchoire comprise entre les petites molaires de chaque côté. Section transversale de la langue derrière la tumeur et ligature des deux linguales. L'extirpation de la glande sublinguale et d'une partie de la glande sous-maxillaire droite se fait à découvert. On rugine ensuite la face postérieure de la symphise, la muqueuse qui la revêt paraissant malade et on éteint deux cautères sur quelques points de la plaie qui fournissent une hémorrhagie en nappe. Suture métallique des os ; suture des parties molles.

Pendant les deux premiers jours, le malade ne prend que des morceaux de glace et on lui administre des lavements nutritifs additionnés de quelques gouttes de laudanum. Au bout de 48 heures on le nourrit avec la sonde œsophagienne. Il se produit deux petites hémorrhagies secondaires, le 4^e et le 5^e jour. Une bronchite survient et emporte le malade le huitième jour.

Les surfaces de section de la scie sont nécrosées dans une petite étendue, et les fils métalliques ont commencé à couper le tissu osseux. Le fragment du maxillaire est mobile.

2. — (Billroth, 1864, *in thèse Capmas*, Paris, 1836). — H., 46 ans. Cancer épithélial récidivé du plancher de la bouche ; la première opération date de quelques mois. L'altération s'étend jusque derrière l'angle de la mâchoire. Résection temporaire d'une portion latérale de maxillaire allant de la canine droite à l'avant dernière molaire du côté gauche. Suture osseuse. Guérison en 2 mois 1½, sans déformation.

3. — (Billroth, *in thèse Capmas*, Paris, 1866). — H., 43 ans. Derrière l'angle gauche de la mâchoire, tumeur ulcérée faisant saillie à la fois au cou et dans le pharynx. L'opération paraît impraticable ; mais la malade, qui est en danger d'étouffer, la demande avec instance. On fait la résection temporaire de la branche de la mâchoire. La dissection de la tumeur est des plus difficiles ; il faut lier les carotides externe et interne, couper les nerfs grand hypoglose et lingual ; le nerf vague lui-même est atteint sans qu'on s'en aperçoive. — Suture du maxillaire. Mort le 3^e jour par œdème pulmonaire, suite de la section du nerf vague.

d). — RÉSECTIONS PERMANENTES

1. — (René Blache. *Bullet. de la sociét. anat.*, 1864, p. 175). — La tumeur a débuté par le rebord des gencives et a envahi peu à peu le plancher de la bouche et une partie de la langue. On pratique la résection du maxillaire inférieur sur la portion droite, dans une étendue de 4 cent 1½, à partir de la ligne médiane, puis mesurant les parties indurées, on passa une chaîne d'écraseur ; en même temps tombèrent la portion droite de la pointe de la langue, et une notable partie du plancher de la bouche, avec toute la glande

sous-maxillaire, La plaie cutanée fut réunie par première intention, et en huit jours le malade guérit très bien.

2. — (Bruns in Werner. *Arch. f. physiol. Heilk.*, N. F. II, 1, p. 85, 1858). — H., 45 ans. Cancer occupant la moitié gauche de la langue, le plancher de la bouche et le maxillaire inférieur. L'affection a débuté il y a 2 ans, au niveau du frein de la langue. Résection de la partie malade du maxillaire ; ablation des parties atteintes du plancher et de la langue, avec le galvano-cautère. Les sections faites avec l'anse galvanique furent à peu près exsangues ; mais le reste de l'opération exigea la ligature de 12 artères. — Récidive au bout de 4 mois ; mort 4 mois plus tard.

3. — (Kocher. *Ueber Radicalheilung des Krebses. Deutsche Zeitsch. f. Chirurg.* 1880, t. XIII, p. 140.) — H. 56 ans. Ulcération avec infiltration indurée de la base de la langue ; l'ulcération s'étend sur la paroi gauche du pharynx et de la partie molle de la voûte palatine. Opération le 11 février 1876. Canule de Trendelenbourg. Incision des téguments, selon la méthode de Kocher. Ablation de quelques ganglions sous-maxillaires. Pour faire une extirpation complète, il fut nécessaire, non-seulement de séparer l'os maxillaire du masséter, mais encore d'enlever complètement la partie inférieure par désarticulation. Le tamponnement de la trachée ne fut pas pratiqué. Dès le 3^e jour, râles dans les poumons. Mort le 5^e jour, après dyspnée et fièvre croissante.

L'autopsie ne révéla point de traces de septicémie aiguë. Bronchopneumonie très étendue.

4. — (Kocher. *Ueber Radicalheilung des Krebses. Deutsche Zeitsch. f. Chirurg.* 1880, t. XIII, p. 140.) — H., 52 ans. Le 19 mai 1875, extirpation avec le galvano-cautère, d'une tumeur longue de 4 centimètres et large de 3, occupant la moitié gauche de la langue, depuis le frein jusqu'à la voûte palatine antérieure.

Le 27 janvier 1876, récidive adhérente au maxillaire, s'étendant jusqu'à l'os hyoïde, et pénétrant dans le moignon de la langue. On pratiqua l'incision ordinaire des téguments, puis on excisa la tumeur avec le bistouri. La séparation d'avec l'os hyoïde fut faite au moyen de l'écraseur. La grande corne gauche de l'os hyoïde fut enlevée, ainsi qu'un morceau du maxillaire. Guérison.

4 avril. — Le malade va bien. Le fragment postérieur du maxillaire monte fortement dans la bouche. Fistule.

Le patient mourut d'inanition, à la suite d'une récidive, le 19 janvier 1878.

5. — (Kocher *Ueber Radicalheilung des Krebses. Deutsch. Zeitsch. f. Chirurg.* 1880, t. XIII, p. 136.) — H., 45 ans. En mai 1879, après avoir pratiqué le procédé d'opération préliminaire de Langenbeck, ablation d'une tu-

meur cancéreuse de la langue ; on conserva la pointe et une partie du bord droit de la langue. A la fin de juin, guérison.

A la fin de septembre, il se présenta une récurrence très étendue, dont la partie moyenne correspondait au bord antérieur du masséter, à l'endroit où avait porté la section du maxillaire. Une tumeur ulcérée, grosse comme une noix, s'étendait jusqu'à l'os hyoïde. Une plus grosse tumeur, également ulcérée, existait à la face interne de la joue, et s'étendait jusqu'à la luette, en passant par dessus le bord alvéolaire du maxillaire, en arrière des fosses nasales. On pratiqua la trachéotomie et le tamponnement de la trachée, comme on l'avait déjà fait lors de la première opération. Incision triangulaire des téguments ; ligature des artères du lambeau qu'on relève en arrière. La carotide et la jugulaire, mises à nu au bord antérieur du sterno-cleïdo-mastoïdien, furent réclinées en arrière ; on fit la ligature des branches qui en partent. Comme la tumeur adhérait fortement au maxillaire inférieur, on fit une résection latérale de ce dernier. Après avoir bien délimité la tumeur dans tous les sens, on sectionna alors la muqueuse buccale, avec le couteau et les ciseaux, liant les artères au fur et à mesure. On enleva tout le moignon restant de la langue. Saisissant alors la tumeur avec la main gauche, Kocher put sectionner le pharynx à la base du crâne, sectionner les parties molles de la voûte palatine, détacher les muscles qui s'insèrent à l'apophyse ptérigoïde, puis désarticuler le maxillaire inférieur. On fit aussi la résection du bord alvéolaire postérieur du maxillaire supérieur. On fit un pansement occlusif. On enleva la canule trachéale le 14^e jour.

7 semaines après l'opération, nouvelle récurrence sur la paroi postérieure du pharynx ; noyau d'induration également au niveau de l'os hyoïde. Le malade refuse une nouvelle opération, et s'en va.

6. — (*Langenbeck's Archiv.*, t. XXVII. p. 168). — H., 46 ans. Cancer occupant toute la langue sauf la pointe, envahissant le voile du palais, ses piliers et l'amygdale du côté gauche. Ganglions sous-maxillaires. Le 10 octobre 1877, extirpation de la langue, de la paroi gauche du pharynx, de l'amygdale et de la moitié gauche du voile. Ligature préventive de l'artère linguale et de la faciale. Section latérale du maxillaire. La tumeur adhérait à la mâchoire, on désarticule la branche gauche, puis on lie la maxillaire interne. Sonde œsophagienne. Mort de pneumonie, le 17 octobre. — A l'autopsie, on trouve un épanchement pleurétique compliquant une broncho-pneumonie.

7. — (Bennett May. *Lancet*, 1882, vol. I, p. 947). — H., 42 ans. Cancer ulcéré du plancher, s'étendant en arrière et à gauche jusqu'au niveau de la dernière molaire, mais ne dépassant que d'un pouce environ la ligne médiane vers la droite. La tumeur adhérait fortement à la face interne du maxillaire et envahissait la face inférieure et le corps de la langue. Au dire du malade,

L'affection a débuté il y a cinq semaines. Ganglions sous-maxillaires. — Douleurs atroces; section des nerfs linguaux. — Amputation de la langue le 14 novembre 1881. Section médiane de la lèvre inférieure jusqu'à l'os hyoïde. On dissèque alors en arrière, aussi loin que possible, chaque lambeau latéral, détachant la gencive et le périoste avec une rugine. A gauche on poussa la dissection presque jusqu'au niveau de l'angle de la mâchoire; à droite on alla moins loin. Sous le menton on avait isolé la peau de la face externe du mylo-hyoidien. On sectionne latéralement le maxillaire à droite et à gauche, en arrière des limites postérieures du mal. On sectionne avec les ciseaux les insertions linguales du pilier antérieur du voile du palais. La chaîne d'un écraseur fut alors introduite entre les surfaces sciées, au-dessus du dos de la langue jusqu'à sa racine, où l'on fit la section. La chaîne contenait dans son anse la langue et les tissus du plancher buccal, sauf les téguments qui avaient été disséqués; les ganglions, les glandes sous-maxillaires et sublinguales gauches furent également enlevés. — On rapprocha autant que possible les extrémités du maxillaire avec un fil métallique. On passa un fil dans le moignon de la langue et on le fixa en avant. Suture de la plaie cutanée; drain dans l'angle postérieur. On fait des lavages antiseptiques fréquents de la bouche. Respiration par le nez. Alimentation exclusive par le rectum, pendant 6 jours. Le 8 décembre, la guérison était presque complète. Le malade parle assez bien. Les fragments du maxillaire sont rapprochés; aussi les dents de la mâchoire inférieure ne correspondent plus à celles de la supérieure, ce qui fait que le malade doit se contenter d'une alimentation liquide.

8. — (*Prager Medicin. Wochensch.*, t. VII, 1882, p. 483). — H., 43 ans. Le début de l'affection remonte à 10 mois. La moitié antérieure de la langue est indurée, adhérente au plancher buccal. Le plancher buccal, qui est envahi aussi, est adhérent également au maxillaire. Ganglions sous le menton, et sous l'angle de la mâchoire de chaque côté. Opération le 21 avril 1877. Section verticale et médiane de la lèvre inférieure; de la partie inférieure de celle-ci, on fait partir deux incisions horizontales longeant le bord inférieur du maxillaire, et allant jusqu'à la faciale. On relève les deux lambeaux ainsi formés, et on sectionne le maxillaire inférieur de chaque côté, au niveau de la première molaire. On passe une forte ligature en fil métallique dans les parties saines de la langue, en arrière de la tumeur et on la confie à un assistant.

On isola alors les parties malades de la langue et du plancher de la bouche, les ganglions et la partie médiane du maxillaire, des parties saines. Cela fait, on pédiculisa la tumeur avec des épingles, derrière lesquelles on plaça l'anse de platine, et on sectionna lentement. Une des artères linguale saigna; on la lie. En explorant la plaie, on vit qu'une partie du moignon de la langue

était encore malade ; on l'enleva avec des ciseaux. On enleva aussi les ganglions.

On réunit les lambeaux par des sutures, et on plaça un drain dans le plancher buccal. Quelques heures après, il se produisit une hémorrhagie assez abondante ; on lia une petite branche de la faciale et tout s'arrêta.

Jusqu'au 2 mai, tout va bien ; pas de fièvre ; pas de réaction locale ; lotions au permanganate de potasse. L'eschare tombe ; il se produit une hémorrhagie abondante qu'on arrête par une cautérisation au fer rouge. Les hémorrhagies se renouvellent le 6 et le 10 mai ; on les arrête chaque fois en faisant une torsion artérielle. Au bout de 4 semaines, le patient fut guéri.

Le 23 janvier 1882, le patient allait bien, et n'avait pas de récidence.

9. — (Weiss. *Mélanges de clinique chirurg.* p. 118). — Tumeur du corps de la mâchoire inférieure, ayant envahi la partie antérieure du plancher buccal, la région mentonnière, et déterminé l'infection des ganglions sous-maxillaires du côté gauche. Ligature des deux faciales. Ablation des parties malades de la peau, de l'os et de la partie antérieure du plancher buccal ; on se sert alternativement du bistouri, du thermocautère et des ciseaux. Peu de sang. Ablation de la glande et des ganglions sous-maxillaires gauches. Suture osseuse à distance, mais avec un certain rapprochement des fragments pour permettre l'affrontement des bords de la plaie des téguments dont on a excisé une partie. Drainage. On fixe la langue en avant à un grand arc métallique maintenu à l'aide d'une bande sur les côtés de la tête. Pansement à l'iodoforme. Impossibilité absolue de la déglutition. Sonde œsophagienne.

Le malade resta un an sans récidence. Mort dernièrement.

10. — (Weiss. *Mélanges de clinique chirurg.*, Paris 1883, p. 112). — H., 59 ans. Tumeur épithéliale occupant la partie antérieure du plancher buccal, la partie moyenne du maxillaire et le frein de la langue. Pas de ganglions. Opération le 8 septembre 1881. Incision en fer à cheval suivant le bord inférieur du maxillaire et allant d'un masséter à l'autre. Incision verticale médiane de la lèvre inférieure. On dissèque les adhérences de la lèvre, et on forme ainsi deux lambeaux en forme de volet. Section du maxillaire de chaque côté, en arrière de la tumeur. On fait basculer en avant et en bas le fragment de maxillaire, puis on peut aborder facilement le prolongement intra-buccal de la tumeur qu'on enlève au thermocautère. Ligature des deux linguales dans la plaie.

On passe un fil à travers la pointe de la langue, puis on la fixe en avant à un arc en fil de fer qui réunit les deux tronçons latéraux du maxillaire. Suture des parties molles superficielles. Drainage. On nourrit le malade avec des aliments liquides et le biberon.

Le 12^e jour de l'opération, les deux parties du maxillaire se sont notablement rapprochées, le malade commence à prendre des aliments solides.

Le 20^e jour, exeat du malade ; tout est à peu près guéri ; les deux extrémités du maxillaire sont séparées par un intervalle de 3 cent. comblé par du tissu fibreux. Pas de récurrence pendant deux ans. Mort récemment d'une récurrence rapide.

11. — (Wœlfli. *Arch. Langenbeck.*, t. XXVI, p. 340). — H., 68 ans. L'affection remonte à cinq mois. Sur le maxillaire inférieur, au niveau de la deuxième incisive, tumeur cancéreuse s'étendant sur le plancher de la bouche jusqu'au niveau de la première molaire. Ganglions sous-maxillaires à droite. Opération le 2 novembre 1880.

Le long du bord inférieur du maxillaire on fait une incision s'étendant jusqu'à l'os ; on enlève deux dents incisives, on fait la résection du bord alvéolaire, puis on enlève la tumeur du plancher de la bouche. Ligature des artères ranines. Extirpation des ganglions par une incision le long du bord antérieur du sterno-mastoïdien. On place deux drains. On cautérise, le deuxième jour, la plaie avec des cristaux de permanganate. Mort le 4 novembre 1880.

12. — (Wœlfli. *Arch. Langenbeck.*, t. XXVI, p. 348). — H., 55 ans. Induration siégeant au niveau du frein, et datant de 3 mois. En décembre 1878, envahissement des glandes sublinguales qui sont adhérentes aux maxillaires. Le 27 janvier 1879, résection de la partie médiane du maxillaire ; extirpation de la tumeur. Drainage ; cautérisation au permanganate. Guérison le 22 février 1879.

Mort le 18 décembre 1879, de récurrence dans la cicatrice.

13. — (Wœlfli. *Arch., Langenbeck.*, t. XXVI, p. 348). — H., 51 ans. Cancer de la langue datant de 3 mois. Le 15 mars 1878, résection d'un morceau du maxillaire long de 1 centimètre. Extirpation de la moitié droite de la langue ; on fait des ligatures en masse. Le 12 mai, on enlève un séquestre long de 1 centimètre et demi, provenant de la branche postérieure du maxillaire. Pseudarthrose. Guérison le 13 mai 1878. Le 3 août 1880, il n'y avait pas de récurrence.

14. — (Wœlfli. *Arch. Langenbeck.*, t. XXVI, p. 343). — H., 43 ans. Petite tumeur sous la pointe de la langue depuis le mois de juin 1877. La tumeur a envahi actuellement la gencive de la face interne du maxillaire. Ganglions sous-maxillaires.

Le 8 novembre 1877, résection d'un morceau du maxillaire long de 5 centimètres. Extirpation de la tumeur, d'une partie du bord gauche de la langue et des ganglions. On place deux drains. On fixe la langue en avant. Infiltra-

tion purulente des parties molles du cou. Mort le 16 novembre 1877. — Septicémie, à la suite d'une diphtérie buccale.

15. — (Wœlfier. *Arch. Langenbeck.*, t. XXVI, p. 350). — H., 56 ans. Le 26 juillet 1879 ablation d'un noyau cancéreux occupant le frein de la langue et la partie adjacente du plancher buccal. Guérison au bout de 11 jours. Récidive rapide. Infiltration cancéreuse du plancher buccal, s'étendant de la canine droite à la première molaire gauche. On sent deux ganglions sous-maxillaires indurés et un autre au devant du bord antérieur du sterno-mastoïdien. Le 3 septembre 1880, section latérale du maxillaire d'après la méthode de Langenbeck. Résection de toute la hauteur du maxillaire dans l'étendue de 1 centimètre; résection du bord alvéolaire après extraction de plusieurs dents. Excision d'une partie du plancher de la bouche. Ablation des ganglions rétro et sous-maxillaires. Suture métallique des fragments du maxillaire. Drainage; pas de cautérisations. Guérison le 26 septembre 1880. Cal solide.

16. — (Wœlfier. *Arch. Langenbeck.*, t. XXVII, p. 429). — H., 46 ans. L'affection a débuté il y a un an sur la gencive située au niveau de la canine et des molaires gauches; de là elle s'est étendue en avant sur le plancher de la bouche, et en dehors sur la muqueuse de la joue; le maxillaire inférieur est envahi. Le 24 juin 1881, incision des parties molles le long du bord du maxillaire, depuis la canine droite, jusqu'à l'angle de la mâchoire; séparation des parties molles de la face interne et externe du maxillaire sur la ligne médiane, suivant une ligne oblique allant de haut en bas, et de droite à gauche, dans le but de conserver les attaches des muscles. On sectionne la branche gauche du maxillaire avec une pince de Liston, au niveau de l'angle de la mâchoire. Ablation de la moitié gauche du plancher buccal et de deux ganglions. Réunion des plaies cutanées par des sutures. — Pas de drainage. — Pas de fièvre. Le pansement iodoformé, n'est changé que le 8^e jour. Le malade sort guéri 17 jours après l'opération.

Vu :
Le Président de la thèse,
Nancy, le 31 juillet 1884.
F. GROSS.

*Le Doyen de la Faculté
de médecine,*
G. TOURDES.

Vu et permis d'imprimer :
Nancy, le 31 juillet 1884,
Le Recteur,
M. MOURIN

BIBLIOGRAPHIE

- Amandale. *British. med. journ.*, 26 juin 1875, 13 janvier 1877. — *The Lancet*, v. I, p. 127, 1877.
- Arnott. *Medic. chirurg. transact.*, t. XXII, p. 20, 1839. — *Arch. g. méd.*, mai 1840, t. VIII, p. 103.
- Azam. *Journal de Bordeaux*, 2^e série IV, p. 17, 1860.
- Amussat. *Quelques réflexions sur la curabilité du cancer*. Paris 1854.
- Th. Anger. *Th. agrég.* Paris 1872. — *Du cancer de la langue*.
- Arch. g. méd.*, t. XXV, p. 147, 1843, t. III, p. 88, 1864.
- Albucases. *Chirurg. lib.* II.
- Billroth. *Chirurg. clin.* Wien 1871-76 et Zurich 1860-67. — *Thèse Capmas*. Paris 1866. — *Archives de Langenbeck* 1862, 1874. — *Deutsche Klinik*, n° 17. — *Lancet* 1833, vol. I, p. 676.
- Boyer. *Thèse*, Paris, 1865.
- Boyer. *Traité des maladies chirurgicales*, 1846, t. V.
- Broca. *Tumeurs*, t. I. — *Société de chirurg.*, 1859, t. X, p. 350 ; in *thèse Blanchet*, Paris 1862, p. 30.
- Boucault. *Thèse* Paris, 1818.
- Brouardel. *Bull. de la société. anat.*, 1865.
- Bœckel. *Gazette hebdomadaire*, 1863. — *Gazette médicale de Strasbourg*, n° 7, 1880, p. 78. — *Mémoires de la société de médecine de Strasbourg*, 1871. — *Traité des résections de Heyfelder*. — *De la galvanocaustie thermique*. Paris 1873.
- Blache. *Bull. société. anat.*, 1865, p. 175.
- Bottini. *Giornale della reale acad. di med. di Torino*, 30 août 1874. — *La methodica amputazione della lingua dal cavo orale, mediante la dièresi galvanica*. Milano, 1874.
- Birkett. *Med. Times and Gaz*, t. I, 1875, p. 417. — *Epithélioma de la langue. Ablation avec le galvanocautère*.

- Barsow. Procédé sus-hyoïdien de Billroth, in *Journal de médecine militaire russe et Centralblatt f. chirurg.*, 1875, p. 711.
- Bryant. *The Lancet*, v. I, p. 827. — 2 cas d'épithélioma lingual opérés par l'écraseur.
- Barker. *Britisch med. journ.*, 26 avril 1879. — *The Lancet*, v. II. 1879. p. 234 et 269.
- Berger. *Société de chirurg.*, 1879, p. 168.
- Baker. *The Lancet*, vol. I, 1880, p. 560 et 565. Résection partielle ou totale de la langue après section médiane au bistouri.
- Buchanan. *The Lancet*, 1860, vol. II, p. 650. — *Edinburg med. jour.*, 1867, p. 439. *Edinburg med. jour.*, 1866, p. 724.
- Barwell. *The lancet*, vol. I, 1879, p. 549. — *Ibid.*, vol. I, 1881, p. 460.
- Behrend. *Deutsche Klinik* n° 50, 1867. — Cas de guérison, d'extirp. de langue, par méth. de Dieffenbach.
- Beck. *Memorabilien*, n° 9, 128, 1869. — Extirpation de la moitié de la langue.....
- Blanchet. Thèse, Paris, 1862. — De l'emploi du fer en chirurgie, et en particulier du cautère actuel.....
- Benary. *Dissert.* Berlin, 1876. — Extirpation du cancer de la langue d'après Langenbek.
- Berg. *Studier öfver Tungkræftan*. Stockholm, 1881.
- Brooke. *Lancet*, t. II, 1859.
- Bruns. *Dissert. de Buchka*. Tübingen, 8, 1876. — in Werner. — *Arch, f. Physiol. Heilk.*, N. F. II, p. 85, 1858.
- Bergeron. *Bullet. acad. med.*, t. XXIX, p. 273.
- Buxdorf. *In actis Helvet.*, t. VII, p. 116. Basil., 1772.
- Biechy. *Echo médical*.
- Balassa. *Schmid's Jahrb.*, t. 107, p. 258.
- Bieshaar. *Journal de med. chirurg.*, t. 18, p. 454.
- Bouisson. *Art. Langue*. — *Dictionnaire des sciences médicales*, 2^e série, t. I.
- Boyer. *Schmidt's Jahrbücher*, 1860, p. 251.
- Buxdorff. *Act. litt. Helvet.*, t. XII, p. 166, 1772.
- Bennett May. *Lancet*, 5 août 1882, vol. I, p. 947.
- Bæckel. *Semaine médicale*, 12 octobre 1882, p. 168. — *Gazette méd*

- Strasbourg, 1880, n° 7, p. 78. — Galvonaustie-thermique, Strasbourg, 1873. — In thèse Capmas.
- Brenner et Januzskjwitsh. Pétersburg. med. Zeitschr. t. 18, 13, 1870.
- Bidard. Bullet. Soc. de chirurg., t. 28, 1853, p. 356.
- Bruchet, interne, in Guillier. — Thèse, Paris, 1881, p. 65.
- Berkeley Hill. Med. Times and Gaz., 1869, 23 octobre. — Bullet. Soc. de chirurgie, 1855-56-71-80-81.
- Cazelli. Bulletino della scienza mediche, Bologna. nov. 1873. — Gazette des hôpit., 1880, p. 1100.
- Creus. Revista de medica y cirurgia praticas, 7 janvier, 1878. — Epithélioma de la langue, extirpation.
- Colpinger. British med. journ., 5 oct. 1878.
- Cattin. Thèse. Paris, 1858. — De la Galvanocaustie.
- Collis. British med. journ., nov. 1866, p. 782. — Gazette hebdomadaire, — Dublin Quarterly jour., nov. 1866.
- Chassaignac. In thèse Anger, Paris 1872, p. 23. — Opérations. chirurg., t. II, p. 522. Société de chirurgie, 16 juillet 1862. — Gaz. hôpit., 1860; id., novembre 1858. — Arch. gén. méd. 96^e 1856. — Bullet. de therap., 1856, p. 409; id., p. 412, 413. — Gaz. des hôpit., oct. 1857; id., 1862. — Arch. gén. méd., déc. 1855, — Sociét. chirurg., t. I, 1861, 2^e série; id., 1863, t. III, 4^e série; id., 1859, t. IX, p. 192; id., 21 janvier 1852; id., 1848, p. 22. — Id., 1858, p. 587.
- Celse. De linguae ulceribus. Libre VI, cap. XII.
- Capmas. Thèse, Paris 1866. — Du cancer de la langue.
- Cullerier. Bull. therap., t. IX, p. 51, 1835.
- Cloquet, Arch. gén. méd., t. XIV, 1^{re} série, 1827.
- Cock. Med. Times and Gaz. 9 août 1856.
- Campbell de Morgan. British. med. journ. 21 janv. 1871.
- Chrétien. Médecine opératoire.
- Deleus. Arch. g. méd. janv., fév. 1877. — Emploi de la ligature élastique intra-buccale pour l'ablat. des tumeurs de la langue.
- Desprès. Gaz. hopit., 22 avril 1880. — Epithélioma diffus de la langue. — Ablation avec écraseur. — Bullet. sociét. chirurg. 1879, p. 794. Ligature des artères lingales dans un cas de cancer de la langue.
- Duplaix. Société anatomique, 5 mars 1880. — Epithélioma de la pointe de la langue.

- Dudon. Journ. méd. de Bordeaux, 7 août 1881. — Sociét. de chirurg. et de méd. de Bord., 29 juillet. 1881.
- Duplomb. Thèse. Paris 1862. — De la galvanocaustique.
- Debove. Thèse, Paris, 1873.
- O'Doherty. Dublin. journ., août. 1859.
- Demarquay. Union méd., 25 mars 1848. — Société de chirurgie, 1857, p. 185 ; id. 29 nov. 1862 ; id. 1865. — Union méd. 1858, p. 126 ; id., 1869, p. 910, 3^e série, t. VII. — Arch. g. de méd., 1868. — Gaz. hôpit., 1860 ; id., 1855, 15 sept. — Bullet, thérap. 1855, p. 413. — Art. Langue. — Dict. méd. et chirurg., pratiq. T. XX.
- Delamotte. Traité de chirurgie, t. I, p. 723.
- Dupuytren. Thèse, Robert. Paris, 1856.
- Dantzmänn Loder's Journ. t. II, 1, p. 15, 1798.
- Delpech. Rev. méd., nov. 1831 ; 31, 1859. Dietz. — Bayer ærztl. Intell. — Bl.,
- Le Dentu. Société de chirurg, 15 déc. 1880.
- Erichsen. British med. journ., t. I, p. 471, 27 novemb. 1869. — Cancer of the tongue, removal by galvanic écraseur.
- Escher. Thèse. Zurich, 1874. — Sur l'extirpation du carcinome du plancher de la bouche.
- Elder. Lancet, 25 fév., 1882.
- Esmarck. Berliner Klin. Wochensch., Verhandl. der deutschen gesellschaft. f. chirurg., t. II, p. 439.
- Everard Home. — Philosoph. transact., 1805, p. 207.
- Frusci. Il Morgagni. Naples, sept. 1876. — Epithélioma de la langue, — Extirpation.
- Fearnley. British méd. journ., 25 mai 1878. — Ablation de la langue par la ligature immédiate.
- Féré. Sociét. anat., oct. 1880. — Epithélioma de la langue, noyaux secondaires dans le cœur.
- Fiorani. Annali univ. de. med. e. chirurg., mai 1882.
- Faure. Thèse. Paris, 1884. — Epilthélioma du plancher buccal.
- Flurin. Bullet. sociét. anat., 1863, p. 273.
- Foucher. Moniteur des hôpitaux, oct. 1858. — Gazette des hôpitaux, 1862, p. 518. — Bullet. thérap., t. 55., p. 462, 1858.
- Fiddes. Edinburg. med. journ., t. IV, p. 1,092, 1859.

- Forest (de la) Pierre, t. II, liv. XIV.
- Fabrice de Hilden. Cent., 3 observ. 84.
- Flaubert. Thèse. Paris 1836.
- Ferrand. Société de chirurgie, 1857, p. 245.
- Flaubert. Société de chirurgie 1857, p. 213.
- Fenwick de Montréal. Lancet 1868, 12 décemb., p. 776.
- Furneaux Jordan de Birmingham. Lancet, 1872, 20 avril, p. 540.
- Follin et Duplay. Pathologie externe.
- Gross. Observations inédites.
- Gosselin. Journ. de méd. et de chirurg. prat., déc. 1876.
- Gallozi. Il Morgagni fasc. IV, 1878. Epithélioma de la langue, extirpation par la galvanocaustie.
- Gaillard. Thèse, Paris, 1880. — De l'application de la ligature élastique à l'amputation totale ou partielle de la langue.
- Gussenbauer. Prager med. Wochensch., n° 15, 1880.
- Gensoul. Arch. g. méd., t. XXI, p. 159, 1829.
- Galenczowski. Graefe's und Walther's, méd. journ., t. XII, p. 599, 1828.
- Girard. Société anat., t. V, p. 178, 1830.
- Giamattei. Revue méd. chirurg., t. XII.
- Goyrand. Bullt. Sociét. chirurg., 1855.
- Godard. Gaz. hôpit., p. 603, 1862.
- Græfe. Valther's. Journal, t. XIII, p. 17.
- Gnthrie, Medic. Times and Gaz. 21 juin 1856.
- Girouard. Arch. gén. de méd., 1857, 5^e série, t. II, p. 100.
- Gant. Lancet, 1873, 8 novembre.
- Gant. Lancet, 1881, vol. I, p. 372.
- Giamattei. Revue médic. chirurgic., t. XII.
- Sampson Gangee. Lancet, 1868, 15 novembre, p. 631.
- Goyrand. Gaz. hôpit., 1854, p. 375.
- Guillier. Thèse. Paris, 1881, p. 74-66.
- Hingston. Canad. med. and surg. journ. Montréal, février 1873.
- Heath. The lancet, vol. II, 1875, p. 664. — Thèse Schlæpfler. Zurich, 1878, p. 123. — Brit. med journ., 25 août 1877. — Deutsch. Vierteljahresch. f. Zahnheilk., t. II, 26, 1871.
- Howe. New-York med. journ., avril 1879.

- Howe. New-York med. journ., n° 2, 1878.
- Hybord. Arch. g. med., sept. 1873. — Cancer de la langue, excision après ligat. des linguales.
- Homans. Bost. med. journ., 1869, p. 130.
- Hueter. Virchow und Hirsch Jahresbericht, 1874,
- Hay-Ward. Lancet, 1^{er} mars 1873.
- E. Home. Philosoph. transact., 1803, p. 205.
- Heyfelder. Traité des résections. Traduct. Boeckel.
- Heyfelder. Sociét. chirurg. Paris, t. X, p. 346. — Prager Vjrsch, XXXVII, p. 36, 1850. — Schmidt's Jahrbücher, t. VII, p. 302, 1835. — Studien in Gebiete der Heilvissench., I, p. 190, 1838.
- Hopf. Ueber die Methoden zur exstirpation des Zungenkrebs. Erlangen 1856.
- Huhle. Medic. Times, 1865, t. I.
- Hutchinson. Medic. Times, 1860, t. II.
- Hawkins. Vorlass v. Hawkins und Liston, deutsch. v. Behrend, Leipzig, 1847, p. 672.
- Heurteaux. Bullet. de therap. 1856. — Thèse, Paris 1868.
- Hilton John. Guy's hôpital Reports. London 2^e série, vol. VII, 1851.
- Huguier. Société de chirurg., 1856-57, t. VII, p. 27.
- Huguier. Société de chirurg., 1857-58, t. VIII, p. 179.
- Huguier. Société de chirurg., 1861, t. I, 2^e série.
- Huguier. Bullet. de therap., t. XXXIX, p. 180, 1850.
- De Haën. Prælect. in Borhavi instit., p. 197.
- Harrison Reginald. British. méd. journal, 30 septembre, 1871, p. 384.
- Inglis. Siebold's Chiron, t. I, p. 635, 1805.
- Iversen. Virchow und Hirsch Jahresbericht 1874.
- Jæger. De extirpatione linguæ. Erlangen, 1831, p. 10. Journal de Hercker's, mai 1834.
- Jacobson. Lancet, 14 avril 1883. — Extirpation de langue entière avec les ciseaux par le procédé de Whitehead.
- Jacoby. Americal journ. of obstetr., p. 81, mai 1869.
- Just. Schmid's Jahrb., t. CVII, p. 245, 1860.
- Jessop. Lancet, 6 septemb. 1872.
- Kendall. Med. Times and Ga., 5 juin 1859.

- Kocher Deutsche Zeitschr., t. XIII, 1880, p. 140.
- King. Méd. Times and Gaz., p. 128, 1862.
- Luton. Bull. thérap., t. LXXXVI, p. 340. — Traitem. complém. du cancer opéré par les injections.
- Levis. Philad. med. and surg. Reporter, janvier 1875. — Epithélioma de la langue, amputation avec l'écraseur.
- V. Langenbeck. Berlin. Klin. Wochensch., juin 1881. — Arch. f. Klin. chirurg., t. XXVII, p. 162-174. — Deutsche Klinik, 1856, n° 30, 31.
- Langenbuch. Arch. de Langenbeck, t. XXII, 1878.
- Lafont. Thèse, Paris 1877.
- Larrieu. Thèse. Paris 1882. — Du traitement palliatif du cancer de la langue. — De la ligature atrophiante des artères de la langue.
- Linhart. Oesterr. Zeitschr. f. prakt. Heilk., III, 3, 1857.
- Lisfranc. Schmidt's Jahrbücher, t. 107, 1860, p. 255, et revue médicale, t. II, 1827.
- Leblanc. Bullet. acad. méd., t. XXVIII, p. 635.
- Lawrence. Lancet., vol. I, 1862.
- Lecussan. Thèse. Paris, 1819.
- Larrey. Thèse, Robert, Paris, 1856. — Société de chirurgie, 1857, p. 180. — Société de chirurgie, 1855-56, t. VI, p. 494.
- Lebert. Anat. path., 148 et 319.
- Leplé. Bull. sociét. chirurg., 1857-58, p. 212, 213.
- Lenoir. Union méd., t. I, n° 43.
- Lenoir. Union méd., t. I, p. 185, 1847.
- Louis, Acad. de chirurg., t. V, p. 502, 505 et 499.
- Lenoel. Thèse, Paris, 1851.
- Lane, Med. Times and Gaz.. 2 février 1856.
- G. J. M. Langenbeck. Bibliothek f. Chirurg. und Ophtal, III, 3, p. 487, 1802.
- Labbé. In thèse, Anger, p. 68 et 78, Paris 1872.
- P. Landi. Amputazione della lingua con l'anso galvanocaustica. La Sperimentale, t. 37, 1876.
- Lücke. Berliner klinische Wochenchs, 1873.
- Lee. Lancet, 10 mars, 1871, p. 412.
- Leigh. W. Statistique de l'hôpit. St-Georges, 1868.
- Little. Langenbeck's Archiv. p. 78.

- Lund. Ablation de la langue avec des ciseaux. — *Britisch. méd. journ.* fév. 1878.
- Menzel. *Gazetta med. ital. Lombardia*, 1874, n° 2.
- Marshall. *Med. Times and Gaz.*, 1875, vol. I, p. 417. — Papillome de la langue. Ablation. — *Lancet*, 16 sept. et 25 fév. 82. — Excision de la langue entière par la méthode de Whitehead.
- Marcacci. *Annali universali di med. e chirurgia*, nov. 1873.
- B. May. *Lancet*, 10 juin et 16 sept. 82.
- Meunier. *Progrès méd.*, n° 32, 1882.
- Maccornac. *Lancet*, vol. I, 1866. — Excision de la langue.
- Marnat. Thèse, Paris, 1877. — De l'épithélioma de la glande sublinguale.
- Mauvoisin. Thèse, Paris 1873. — De la ligature préventive et atrophiante des artères de langue.
- C. de Morgan. *Brit. med. journal*, 21 janvier 1871. — *Medical Times and Gaz.*, 4 juillet 1857.
- Miallet. Thèse, Paris, 1835.
- Mayor. Mémoire sur les ligat. en masse. Paris 1826. — *Gazette médic.*, t. III, 1835. — Des tumeurs de la langue. Paris 1848.
- Maisonneuve. Capmas, thèse, Paris 1866, p. 23. — *Gaz. des hôpit.*, 1852. — *Lancet* 1858, p. 129. — *Gaz. des hôpit.*, 1862-63; id. 1854, p. 602. — *Gaz. des hôpit.* 1863, p. 549. — *Clinique chirurg.*, t. II, 1864, p. 104). — *Académie des sciences*, 17 octob., 1853.
- Marescotti. *Relatio mirabilis operationis in tumore carcinomatoso linguae. Bononiae*, 1730.
- Mirault. *Gaz méd.*, t. II.
- Mirault. *Gaz. méd.*, t. III, p. 411, 1835.
- Morel-Lavallée. *Société chirurg.*, 3 nov. 1845.
- Ch. Moore. *Med. Times and Gaz.*, 1866, p. 444. — *Medic. chirurg. transact.*, t. LXV, 1863.
- Monod. *Union méd.*, t. XII, n° 32, 1858.
- Martin. *Gaz. hôpit.*, mai 1856, p. 220.
- Morgagni. *De sede morborum*. L. IV.
- Mollière. De l'anesthésie rect. (*Lyon médical*, 30 mars 1884).
- Middeldorpf. In Haase. *Dissert. inaug.* Vratisl, 1858.
- Morris. Epithélioma de la langue. Ablation au bistouri. — *Med. Times and Gazette*, vol. II, p. 45.

- Michel. Mémoire acad. méd. Paris 1857, t. XXI, p. 241. — In thèse, Krantz, Nancy 1882. — Revue méd. Est, t. I, p. 313.
- Normans et Chever. Med. and surg. reports of the Boston city hosp., 2^e série, p. 223. — Ligature de la carotide pour une hémorrhagie dans un cas de cancer primitif de la langue.
- Nunneley. Transact. of. the pathol. societ., XII, p. 118, 1867. — Cas d'extirpation de langue. — Medical Times and Gaz. 1861, vol. II, p. 648. — Britisch med. journ., 1866, p. 204.
- Nélaton. Gaz. hôpit., oct. 1850, p. 470. — Gaz. hebdomadaire, 1854, p. 240. — Thèse, Robert, Paris 1856.
- Nottingham. Med. Times and Gazet., 1863, t. I, p. 641.
- Olivier. Dict. en 30 vol., t. XVII, p. 484.
- Orlowski. Pam. Tow. Lek. Warsz., I, 149, 1876. — Un cas d'extirpation du cancer de la langue.
- Pozzi. Bull. société. anat. 1873, p. 878.
- Purcell. The Lancet, 22 janvier 1881. — Excision de la langue entière par l'anse galvanique.
- Page. The Lancet, 27 août 1881. — 2 cas d'excision de la langue par la cavité buccale.
- Paget. Med. Times and Gaz., 1866, p. 143. — Lancet, II, 1858, p. 12. — Lancet, I, 1867, p. 210.
- Péan. Mouvement médical, 30 juin 1877. — Epithélioma de la langue.
- Perrin. Société de chirurgie, 1880, 15 déc.
- Panas. In thèse, Richard, Paris 1878, p. 25.
- Plombe Samuel. Lancet, 1868.
- Pétrequin. Gaz. hôpit. oct. 1850.
- A. Paré. Œuvres complètes par Malgaigne 1840.
- Poncet. De l'anesthésie rectale. (Lyon médical 1884). Semaine méd. 12 oct. 1882, p. 168.
- Pamard. Société de chirurgie, 12 avril 1882.
- Redard. Société anatomique, déc. 1878.
- Ruggeri. Gaz. méd. de Lombardie, n° 20, 1866. — (Cancer de la moitié droite de la langue), et 1868.
- Richard. Gaz. hebdomadaire, 1863, p. 418.
- Richet. Bull. société. chirurg. 1860, t. I, 2^e série, p. 430, — Bull. société. chirurg., 1854-56, t. V, p. 388.

- Rizzoli. Thèse, Capmas, 1866, p. 25, 1^{er} mém., Bologne 1854. — 2^e mémoire, Bologne 1861.
- Robert. Thèse, Paris 1866.
- Roux. Gaz. méd., 1839, p. 489. — Journal des conn. méd. chirurg., 1836. — Anatomie pathologique, Lebert, p. 148.
- Ruysch. Obs. anat. chirurg. cent. observ. 76.
- Riondel. Thèse, Montpellier, 1817.
- Richter. De cancro linguae. Guettinguae, 1799.
- Reiche. Rust's Magazin, t. XLVI, p. 167, 1836. — Ueber die partielle und totale Extirpation der Zunge.
- Rose. Archives de Langenbeck, 1874, t. XVII, p. 454. — In Schlæpfer. Thèse, Zurich, 1878, p. 18.
- Rudtorffer. Abh. über der oper. eingekl. Leist. und schenck. Brücke, t. I, p. 174. Vienne 1808.
- Rust. Aufs. u. Abhdl. u. s. w., Berlin 1834, t. II, p. 278.
- Roser. Arch. f. physiol. Heilk, XIV, p. 584, 1855.
- Regnoli. Gaz. méd. de Paris, 1838.
- Reide. Lancet, 1869. vol. II, p. 572.
- Spence. The Lancet, mai 1875, p. 736. — The Lancet, 30 janvier 1875. — Ablation de la moitié de la langue pour un épithélioma.
- Symes. The Lancet, vol. II, p. 88, 1877, — t. I, 1865 et 1866. — Med. Times and Gaz. 1865, I, p. 563. — The Lancet, II, 7, 1858, et II, 24, 1857.
- Shrady. New-York med. journ., août 1878. — Ligat. de la linguale à son origine pour faciliter l'extirpation de la langue.
- Sklifasowski. Wratsch,, n° 122.
- Stokes, Lancet, avril 1881.
- Spanton. Lancet, juin 1881, p. 911, vol. I.
- Société clinique de Londres, mars 1877.
- Siebold und Chiron, t. I, p. 651, 1805.
- Sédillot. Gaz. méd., t. XII, p. 126. — Thèse Capmas, Paris 1866, p. 35. — Compt. rend. ac. sciences, 19 fév., 1862.
- Schuh. De l'épithélioma, 1851, p. 271. Oesterr. Zeitschrift. f. prakt. Heilk., t. IV, 43, 1858. — Clinique, 16 janv. 1860.
- Semeleder. Union méd., 1860, t. VIII, p. 91.
- Schlæpfer. Thèse, Zurich, 1874.

- Simonin (de Nancy). De l'emploi de l'éther et du chloroforme, t. I, p. 193. Paris 1849.
- Simon. Med. Times and Gazette, 6 juin 1857.
- Schroll. De extirpatione scirrhi in latere linguæ, etc..., in observ. — Jenæ, 1784.
- Treves. Lancet, 22 avril 1882. — Lancet, 14 avril 1883. — Lancet, 21 avril 1883.
- Terrillon. Société de chirurgie, 1880, 8 déc. — Bullet. g. therap, 1882, p. 247.
- Taylor. Lancet, 27 avril 1881. — Méthode d'extirpation de la langue.
- Thomson. The med. press. and circ., 26 janvier 1881. — Extirpation partielle de la langue.
- Transactions of the international medical congress., vol. II. p. 461.
- Testut. Bordeaux médical, n° 27, 1873. Adénome de la langue; ablation avec l'écraseur.
- Tulpin. Obs. med. lib. I, obs. 41.
- Tillaux. Capmas thèse 1866, p. 52. — In thèse, Anger, Paris, 1872, p. 67, 100.
- Titon. Sociét. anat., t. 27, p. 202, 1852.
- Thiersch. De l'épithélioma. — In Hopf. Dissertat. inaugur. Erlangen, 1856.
- Travers. Méd. chirurg. transact. vol. XV, 1829.
- Union méd., 1873, t. XVI, p. 396.
- Werner. Arch. f. physiol. Heilk., t. II, 1858, et in thèse Anger, Paris, 1872, p. 31.
- Voranger. Thèse, Paris 1836. — Du cancer de la langue.
- Walther, Dessen und Græf's journal V, p. 212, 1823.
- Whitehead. Lancet, t. I, 1873, p. 198. — Britisch med. journ., 8 déc. 1877. — Extirpation totale de la langue avec les ciseaux ordinaires. — Lancet, vol. II, p. 2, 1879; id. 22 oct. 1881; id., t. I. p. 710, 1882.
- Vassar. The med. Record. New-York, juin 1873.
- Weichselbaum. Wiener med. Wochens., 1873, p. 955.
- Weinlechner. Bericht. der Krankenanstalt Rudolph - Stiftung in Wien, 1873, p. 235-37. — 2 cas d'extirpation de la langue atteinte de cancer, après ligature des 2 linguales.

- W. H. M. Chicago med. journ. and exam., p. 47, 1878.
- Wood. Lancet, vol. II, p. 7, 1878. — Epithélioma de la langue. Ablation avec les ciseaux.
- Valcher. Gazette méd. de Strasbourg, 1879, injections parenchymateuses de chlorure de zinc dans le cas d'épithélioma de la langue.
- Verneuil. Société de chirurgie, 1857 et 58; id., 1884, 7 mai; id., 1880; id., 1871, p. 225. — Gaz. hôpit., 30 août 1881; id., 5 juillet 1883.
- Wœlfler. Arch. Langenbeck, p. 334, t. XXVI; id., p. 419, t. XXVII; id., p. 348, t. XXVII.
- Weil. Prager. medic. Wochens, n° 19, 1882; id., t. VII, p. 193, 1882.
- Weiss. Mélanges de clinique chirurg. Paris 1883, p. 118.
- Wendling. Wiener med. Presse 1878, n° 40, p. 1257. — Statistique du cancer de la langue.
- Wagstaffe. Med. Times and Gaz., 7 nov. 1874.
- Velpeau. Thèse Miallet, Paris 1865, p. 25. — Gaz. hôpit., 1858. — Sociét. anat., t. XXI, p. 332.
- Williams. Lancet, I, 1862.
- Walshe. Cancer de la langue 1846.



QUESTIONS PROPOSÉES PAR LA FACULTÉ

- 1° CHIMIE. — Du chlore et des hypochlorites.
- 2° PHYSIQUE. — Effets directs des courants continus.
- 3° HISTOIRE NATURELLE MÉDICALE. — Famille des Liliacées.
Produits qu'elles fournissent à la médecine.
- 4° ANATOMIE. — Articulation de la tête avec la colonne vertébrale.
- 5° HISTOLOGIE. — Mamelle.
- 6° PHYSIOLOGIE. — Procédés d'enregistrement des mouvements respiratoires.
- 7° PATHOLOGIE ET CLINIQUE EXTERNES. — Des accidents qui peuvent se produire pendant la réduction des luxations, surtout quand elles sont anciennes.
- 8° PATHOLOGIE ET CLINIQUE INTERNES. — Des hémorragies internes : leur siège et leurs causes.
- 9° ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — De l'anévrysme de l'aorte.
- 10° THÉRAPEUTIQUE. — Des médicaments antipyrétiques.
- 11° MÉDECINE OPÉRATOIRE. — Opération de la hernie crurale.
- 12° ACCOUCHEMENTS. — Causes de dystocie provenant du cordon ombilical.
- 13° HYGIÈNE. — Des effets de l'air comprimé.
- 14° MÉDECINE LÉGALE. — De la grossesse extra-utérine et de la monstruosité.

TABLE DES MATIÈRES

Introduction	1
Plan et division	2
Historique	3
Thérapeutique	7
Traitement médical	7
— chirurgical curatif.	8
I. Méthodes d'ablation par les voies naturelles	12
1 ^o Procédés de diérèse sanglante	13
A) Ablation avec le bistouri.	13
B) — — les ciseaux	15
2 ^o Procédés de diérèse non sanglante.	16
C) Caustiques	16
D) Ligature lente.	17
E) Ligature extemporanée	21
F) Galvanocaustique	24
G) Thermocautère	26
II. Ablation par les voies artificielles	28
1 ^o Voie jugale	29
2 ^o Voie sus-hyoïdienne.	32
a) ponction.	33
b) incision.	36
c) lambeaux	38
3 ^o Voie maxillaire inférieure	46
1 ^o Section médiane	46
2 ^o — latérale.	48
3 ^o Résection temporaire du corps.	51
4 ^o Résection temporaire de la partie latérale du corps	51
5 ^o Résection temporaire d'une branche.	52
b) Résections permanentes	53

Résultats immédiats et risques de l'opération	53
Hémostase.	54
Suites de l'opération.	65
a) Inanition, alimentation.	65
b) Asphyxie	67
c) Accidents infectieux	59
d) Hémorragies secondaires	71
e) Pneumonie.	72
Pansement	75
Résultats éloignés.	82
Récidive	84
Analyse des observations.	90
Statistiques	117
Traitement palliatif.	124
Indications de l'intervention	132
1 ^o Doit-on opérer	132
2 ^o Quand doit-on opérer	135
3 ^o Doit-on opérer tous les cas	137
4 ^o Appréciation des méthodes et procédés.	141
5 ^o Choix des méthodes et procédés	152
De l'opération dans les récidives.	162
Conclusions	165



OBSERVATIONS

I. <i>Méthodes d'ablation par l'orifice buccal</i>	1
A) Ablation avec le bistouri	1
B) — — les ciseaux	4
1° Méthode simple.	4
2° — Whitehead	9
3° — Billroth	11
C) Ablation avec les caustiques	20
D) Ligature lente	21
E) Écraseur.	24
F) Anse galvanique.	32
G) Thermocautère	36
II. <i>Opérations préliminaires</i>	39
1° Voie jugale	39
2° Voie sus-hyoïdienne	41
a) Ponction (3 observations inédites).	41
b) Incision.	56
c) Lambeaux.	60
3° Voie maxillaire inférieure	64
a) Section linéaire médiane.	64
b) Section latérale.	76
c) Résections temporaires	80
d) — permanentes	81
Bibliographie.	89
